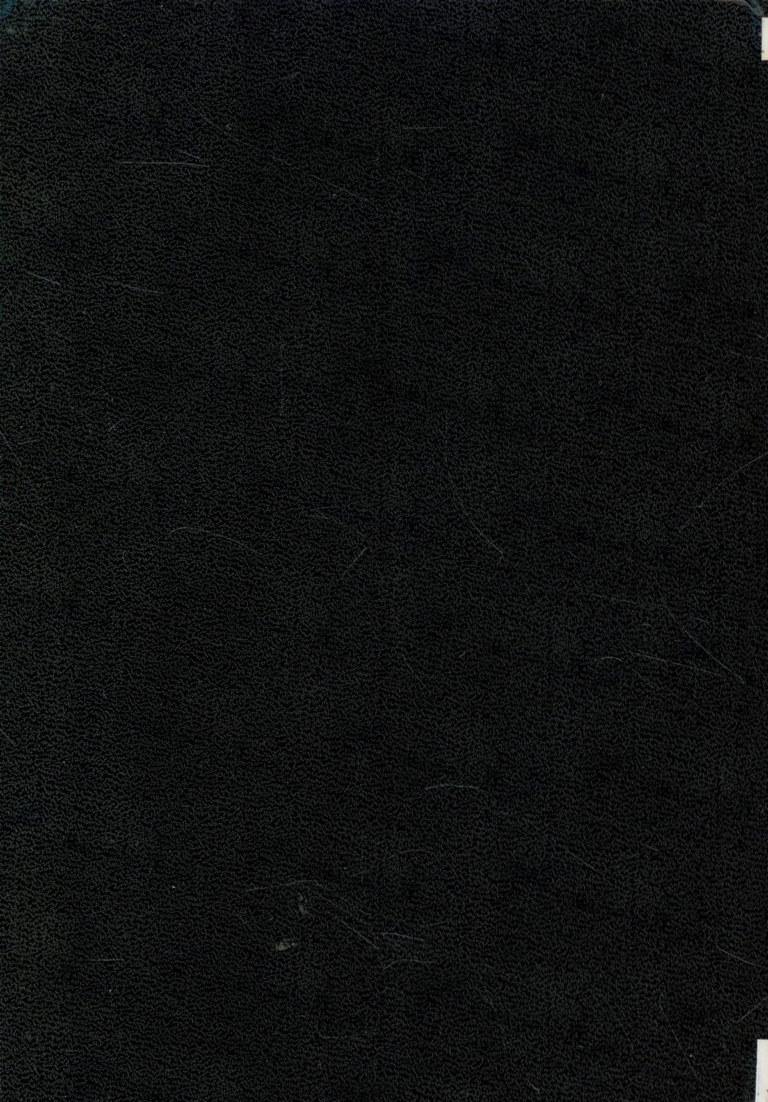


مجلة

المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر

استاذ الأمراض والسريريات الجراحية

دمشق : سورية

السنة الحادية عشرة

١٩٣٦

طبعت في مطبعة الجامعة السورية

الجزء ١ المجلد ١١



دمشق في ايار سنة ١٩٣٦ م الموافق لصفر سنة ١٣٥٥ ﻫ

سنتنا الحادية عشرة

ان من نظر الى سنتنا العاشرة المنصرمة وتأمل في الفهرست الذي دونت فيه اسماء المنشئين استوقفه امرٌ لم يرهَ في فهارس السنوات الماضية وهو كثرة عدد الكتبة وما هذه الكثرة اذا نظرنا اليها من الوجهة العلمية الا عناصر جديدة قد دبت في عروق المجلة فانعشتها .

ان الكتبة الجدد ينقسمون فئتين: فئة يعود الفضل الى المجلة في اكتسابها وتعويدها الكتابة والعمل وفئة اخرى مرجعها الجمعية الطبية الجراحية التي كانت في دمشق اكبر اداة في حث العلماء على تدوين نتائج اختباراتهم لتقديمها الى الجمعية في جلساتها الشهرية .

اما الفئة الاولى فمعظمها من معهد الطب من رؤساء سريريات واطباء ملازمين وطلبة نفخت المجلة فيهم حب الكتابة فاستذاقوها وعودت افكارهم العمل الجدي سائرة بهم في طريق يوصلهم الى مستقبل باهر فسلكوه

ولكل من دهره ما تعود فاذا ما اعتاد المرء في صغره الميل عن التنقيب والكتابة شبّ وشاخ وظلّ الكسل مستولياً عليه فلم يفد البيئة التي يعيش فيها بل ألحدت معلوماته واختباراته معه يوم يدعوه الخالق اليه. وهذه الفئة كثيرة العدد في الشرق. انني عرفت زملاء عديدين ذكروا في سياق المحادثات والاستشارات من المشاهدات الطبية النادرة ما يستحق ان يكون في مقدمة ما يرفع الى الجمعيات الطبية ولما كنت اسألهم عما يمنعهم عن تدوين هذه المشاهدات التي يستفيد منها العالم الطبي كانوا يجيبون ولماذا نضيع الوقت في كتابتها فضلًا عن اننا لم نعتد الكتابة بلغة جدودنا. وانهم لصادقون بما نطقوا به. ان حب الكتابة يكتسب ولا يعطى فاذا لم يكن في الشخص ميل اليه ولم يعش في بيئة تحيي فيه هذه العاطفة ذهبت حياته سدى فكان نسياً منسياً بعد انقضائها وان المجلة لتسر ان تنظم للعلم جنوداً تعقد على نشاطهم وثباتهم بنود النجاح في المستقبل. ان البلاد العربية اجمالاً فقيرة بهذه الفئة من العلماء ولعلها احوج الى الكتابة في العلم منها الى العلم نفسه لان لكل انسان درجته في العلم علت ام اتضعت ورب عالم متضع يفيد بما ينشره من الابحاث اضعاف اضعاف العالم المرتفع الذي يستأثر بمعلوماته ويضن بها على سواه

واما الفئة الثانية وهي تتألف من اعضاء الجمعية الطبية الجراحية فقد ابدت في السنة التي مرت على تأسيس هذه الجمعية نشاطاً يسطر لها بمداد الفخر فان الابحاث التي قدمت والتقارير التي رفعت والمشاهدات التي دونت والمناقشات المفيدة التي ذكرت في سياق الجلسات القليلة كانت برهانا دامغاً

على ان في البلاد فئة اذا ما ارادت القيام بعمل مفيد انجزته افضل انجاز .

ولهذا نرى الاعضاء من وطنيين واجانب مقبلين على تقديم المشاهدات لا يثنيهم شيء عنها

والمجلة في بدء سنتها الحادية عشرة ترفع للذين آزروها بكتاباتهم من اي فئة كانوا شكرها سائلة منهم المثابرة على الخطة التي اختطوها ومؤملة ان ترى منهم في المستقبل القريب جنوداً نشطاء يعتز بهم القلم ويفاخر بهم العلم.

مرشد خاطر

❀❀❀

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثاء الواقع فيه ١٠ اذار سنة ١٩٣٦

برئاسة العليم بريكستوك

تليت فيها التقارير الآتية :

١ً — العليمان سوليه وماتر رور : فتق مختنق في طفلة عمرها شهر ونصف شهر فيه الرحم والملحقات اليسرى. ان الفائدة من ايراد هذه المشاهدة هي صغر سن الطفلة من جهة ومصادفة الرحم وملحقاتها في كيس الفتق من جهة ثانية .

المناقشة :

نظمي القباني: مـا هي نسبة البركائين في المحلول الذي استعملتماه للتخدير الموضعي ولماذا لم تستعملا الـكلوروفورم مع ان الاطفال يتحملونـه فضلًا عن ان التخدير الموضعي لا يمنع الاطفال عن الحركة الدائمة والصراخ .

سوليه نسبة البركائين واحد ونصف في الالف وقد اخترناه لاننا نعتقد انه اخفُ ضرراً من التخدير العام والطفلة على الرغم من صغر سنها لم تبك كثيراً في سياق العملية .

نظمي القباني : منذ بضعة ايام اتى شعبة الجراحة طفل عمره يوم واحـد مصاباً بانسداد الشرج الولادي ففتح شرجه بعـد ان خدر تخديراً عاماً بالـكلوروفرم فاحتمله .

مرشد خاطر : احتمال الاطفال للكلوروفورم اشهر من ان يذكر وبهذه المناسبة اذكر لكم مشاهدة طفل عمره ثلاثة اشهر جيء به الى شعبة الجراحة مصاباً بفتق اربي مختنق فاجريت عمليته ووجدت العروة المختنقة منثقبة كما بالمجوب (emporte-pièce) وكانت الخصية التي تلامس ذلك الثقب مسودة فرممت العروة المثقوبة واعدتها واكملت العملية بلا تفجير وعلى الرغم من طول مدة العملية فقد احتمل الطفل الكلوروفورم احسن احتمال.

٢ — العليمان حسني سبح وبشير العظمه : التهاب الوريد الاجوف السفلي الساد الرضي المنشإ : حادثة نادرة في صبي عمره ست سنوات مر دولاب عجلة على بطنه فبدت فيه بعد ١٥ يوماً وذمة منذ الكعبين حتى حافة الاضلاع ودوران جانبي متسع في البطن والظهر وارتفاع حرارة وحبن فلم يشخص داؤه قبل الوفاة وبعد فتح الجثة كشفت في الجزء المتوسط من الوريد الاجوف السفلي علقة ليفية طولها ستة سنتمترات

وهذه المشاهدة يعدها المؤلفان نادرة لا بل الاولى في بابها

٣ — العليمان شوكة الشطي ومحمد محرم : اورد المؤلفان مشاهدتين تثبتان اثر الرض في تكوين الاورام الاولى في مرضع عض رضيعها ثديها فجرح وتكون السرطان عليه والثانية في رجل عضت امرأته خده فبدا في مكان العضة ورم مضرع (épithélioma)

المناقشة

ترابو ان الحادثتين اللتين ذكرهما العليمان شطي ومحرم تذكرانني بما علمته مدرسة ليون وعلى رأسها الاستاذ تريبيه منذ اكثر من ربع قرن

وهو ان السرطان ليس سوى تبدل تال لالتهاب موضعي . ان هذه الفكرة وان تكن مدعاة الى الفوضى تثبتها المشاهدتان الآنفتا الذكر .

سوليه : صادفت مشاهدة ورم عفلي تال للرض .

شطي : ان الورم العفلي في عقب الرض ليس نادراً ولكن الاورام المضرعة (les épithéliomas) ليست كذلك .

ساره : صادفت ايضاً حادثة ورم عفلي في عقب رض المرفق وقد ظن ان هنالك كسراً حتى انه ثبت في جهاز جبسي غير ان المريض لم يحتمله لتورم الناحية فنزعه وقد تحققت بعد ان عاينت المريض ان في المرفق تورماً نابتاً فاقتطعت منه خزعة (biopsie) فجاء فحصها النسيجي انها ورم عفلي سنخي (alvéolaire)

شطي : صادفت ايضاً حادثة ورم عفلي عظمي تال لرض العظم في عقب سقوط من الدراجة واظن ان العليم بريكستوك يتذكر هذا المريض.

٤ ـــ العليان مرشد خاطر ونظمي القباني : قدما جدولاً بالحصيات المثانية والكلوية والاحليلية والموثية (prostatiques) التي شاهداها في المستشفى العام بدمشق منذ السنة ١٩٢٤ — ١٩٣٥ فاذا هي ١٤١ حصاة مثانة و ٤٤ حصاة كلية وحصاتا احليل وحصاة موثة وكان معدل الوفيات فيها ٢,٦٥ ./. واكثر المحصين كانوا دمشقيين .

المناقشة

ترابو لفتت انظاري منذ ان وصلت سورية كثرة الحماضات في كثير من المرضى . ولست اعلم ما اذا كان للتربة اثر في تكوينها غير ان البيلة

الحماضية هي احدى العلامات الدالة على قصور الكبد فلا يستبعد ان تكون لهذا العضو علاقة في تكوين الحصيات بامراره الى الدم والبول الحماضات التي تتألف منها نواة الحصيات المشاهدة .

سوليه : اذا كان لقصور الكبد اثر في تكون الحصيات وكان هذا ينطبق على الكهول والشيوخ فكيف يعلل الامر في اطفال عمرهم بضعة اشهر وقد تكونت الحصيات في مثاناتهم .

ترابو : ان قصور الكبد يكون فيهم وراثياً افلا يولد الاطفال واكبادهم مصابة بالافرنجي والكبد الافرنجية أليست كبداً مقصرة . ولست ادعي مع ذلك ان قصور الكبد هو السبب الوحيد في تكون الحصيات .

حسني سبح : يعزى تكون الحصيات في بلادنا على ما ارى الى التربة وكثرة الكلس في مياه الشرب وسوء تطور مائيات الفحم في الغذاء

ترابو : ان سوء تطور مائيات الفحم نفسه يعزى الى قصور الكبد ايضاً .

علي رضا الجندي : ينسب تكون الحصيات اليوم الى قصور في تطور البورين (les purines)

ترابو وهذا ايضاً علامة على قصور الكبد لان ازدياد البورين ليس سوى تشوش في وظيفة الكبد المعدلة للسموم .

بريكستوك : صادفت في بغداد نحو ٢٠٠ حصاة في ثلاث سنوات وفي نورفولك (انكلترة) تكثر الحصيات ايضاً فلا بد من القول ان بعض البلدان تكثر فيها الحصيات دون سواها ولعل للتربة علاقة في تكونها .

واما بما يتعلق بالمعالجة فقد استعملت كثيراً التفتيت الا في الاولاد

ولست افجر المثانة في الاطفال حتى انني لا اضع مسباراً في الاحليل بل ان الولد يبول فوراً من احليله ويندمل جرحه بثمانية ايام .

مرشد خاطر : كنت اغلق المثانة في السنوات الاولى وزملائي في الشعبة كذلك غير اننا لم نلاقِ سوى المحاذير من اغلاقها وعوضاً عن ان نختصر الوقت كنا نضطر الى تفكيك الخياطة فيطول وقت الترميم فاستعملنا التفجير ولم نصادف منه اقل محذور وما طول مدة الاندمال بمحذور يذكر لان كثيراً من مرضانا يشفون في ثلاثة اسابيع .

ساره : كنت ايضاً اغلق المثانة في بدء ممارستي الجراحية ولا اضع مسباراً في الاحليل غير ان كثيراً من الاطفال لم يكونوا يستطيعون البول فوراً فكنت اضطر الى وضع مسبارٍ في احليلهم وهو مزعج جداً فعدت الى طريقة التفجير التي اراها افضل الطرق ولا استعمل سواها .

❀❀❀

ابحاث الجمعية الطبية الجراحية

١ — فتق مختنق في طفلة عمرها شهر ونصف شهر فيه

الرحم وملحقاتها اليسرى

للدكتورين سوليه وماتر روبار

ترجمها العليم مرشد خاطر

دخلت منذ بضعة ايام المستشفى العسكري في دمشق الطفلة د . .وعمرها شهر ونصف بقصد الاسعاف السريع وكانت امها قد لاحظت في ذلك النهار بحذاء الشفر الكبير الايسر تورم بحجم الجوزة . وهذا التورم المؤلم الذي لم ترَه الام قبل ذلك الحين كان يزداد توتراً آونة ويخف اخرى غير ان استمراره وبكاء الطفلة حملا الوالدة على نقل ابنتها الى المستشفى .

وكانت حالة الطفلة العامة حسنة ونموها متوسطاً وحرارتها ٣٧,٩ ونبضها سريعاً ومحتويات الامعاء لم تقف

فلم نتردد في تشخيص فتق اربي ايسر مختنق بعد ان مكننا الجس اللطيف من جس جُرم صغير في باطن كيس الفتق متماسك القوام ومتصل بجوف البطن بشبه حبل مجتاز لعنيق الفتق وقد شككنا حينئذ في كون ذلك الجرم المفتوق المبيض

فوضعنا الطفلة في مغطس حار وجربنا رد محتويات الفتق الى جوف

البطن فخابت تجربتنا . فقررنا التوسط الجراحي السريع .

خدرنا الطفلة تخديراً موضعياً بالبركائين وبعد ان شققنا الناحية الاربية عثرنا على كيس الفتق المتوتر المزرق بحجم الجوزة فشققناه فخرج منه سائل مصلي قليل وكانت فيه الملحقات اليسرى متكدمة والرحم ايضاً . وفيما نحن كذلك بكت الطفلة ودفعت فخرجت رحمها جميعها مع ملحقاتها اليمنى. وقد توصلنا الى اعادة هذه الاعضاء الى البطن وهان الامر علينا بعد ان شققنا الرباط العريض الايسر الذي كان ملتصقاً بالكيس . ثم ربطنا الكيس واغلقنا القناة الاربية بشعر فلورنسة

وكانت توابع العملية حسنة جداً فلم ترتفع حرارة الطفلة ولا انقطعت عن الرضاع وندب جرحها في الميعاد الطبيعي وتم شفاؤها الآن .

وقد رغبنا في نقل هذه المشاهدة المبتذلة اليكم بالنظر الى صغر سن المريضة ووجود الرحم في كيس الفتق .

٢ً — حادثة التهاب ساد رضي في الاجوف السفلي

للعليمين حسني سبح وبشير العظمه

ان التهاب الوريد الاجوف السفلي امر نادر . والمشاهدة التي لنا الشرف بعرضها على مسامعكم مفيدة من وجهتين : ١ — ظهور الالتهاب في عقب الرض ٢ — كونه ابتدائياً اي انه لم يحدث في عقب التهاب آخر في الاوردة العائدة الى هذا العرق الكبير شأنه في الحوادث القاعدية .

وها هي خلاصة مشاهدتنا :

المدعو ص . ص . من الكسوة صبي عمره ٦ سنوات، ليس في سوابقه الشخصية او الارثية ما يستحق الذكر في ٢٠ كانون الاول ١٩٣٥ مرَّ دولاب عجلة على بطنه فآلمه اشدّ الألم ودخل شعبة الجراحة في المستشفى العام بعدها بعشرين يوماً اي في ٩ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ بعد ان بدت فيه منذ ١٥ يوماً وذمة ابتدأت في الكعبين وصعدت شيئاً فشيئاً حتى حافة الاضلاع وبعد ان ظهر تورم عظيم في بطنه، وارتفعت حرارته الى ٣٨ مساءً . وقد شخص مرضه التهاب الصفاق (الباريطون) الدرني ونقل الى شعبة الطب .

المعاينة : البطن ضخم ، دوران معيض كثير الوضوح ، زلة شديدة . وكان الدوران الجانبي مؤلفاً من عدة شبكات وريدية حول السرة وفي الجزء الانسي من الثنية الاربية وفي الشرسوف وفي الجزء الوحشي من الشعبة المذكورة حتى حفرة الابط . وكانت في الظهر شبكتان خلفيتان ترتسمان في جانبي العمود الفقاري . وكان الدوران في هذه الشبكات كلها من الاسفل الى الاعلى .

وكانت اللحمة (النسيج الخلوي تحت الجلد) مرتشحة بوذمة الى الزرقة ممتدة من الطرفين السفليين فالصفن فجدار البطن حتى حافة الاضلاع فهي والحالة هذه وذمة ببيئة السراويل

وقد كشف قرع البطن صمماً هلالياً تقعره الى الاعلى ، وشعر بحس موجة خفيف . وكان القلب مسرعاً ودقاته بين ١٢٠ – ١٣٠ وكانت الحرارة حين دخوله ٣٧,٧ صباحاً و٣٨,٣ مساء . ومخططها من النموذج المتردد ، وقد

بلغت الحرارة الاربعين في اليوم الرابع عشر.

وقد تعسر الاستقصاء في الكبد بسبب الوذمة والحبن وكان الطحال مقروعاً ولم يكشف في البول اي اثر للآحين ولا للسكر. اجري البزل الاستقصائي فخرج سائل ليموني رائق. تفاعل ريفالتا فيه سلبي ولم يكشف فيه اي اثر للكريات اللنفاوية واحصيت الكريات البيض فكان عددها ١٣٠٠٠ مع ازدياد كثيرات النوى (٧٦ ٪) وتفاعل واسرمان سلبي.

وهكذا اثبت الفحص السريري والابحاث المخبرية ارتشاحاً نتحياً، ودلت الصيغة الدموية على التهاب مما حملنا على تشخيص التهاب وريد الباب.

عالجنا المريض معالجة عرضية مضادة للعفونة واستعملنا له المدرات على اختلاف انواعها بدون جدوى (كلور الكالسيوم، المدرات الزئبقية الثيوبرومين نيترات البوتاس)، وبزل بطنه في ٢٠ كانون الثاني فاخرج زهاء ليترين من سائل ليموني، فشعر المريض بشيء من الراحة الوقتية على اثر ذلك، والفينا الكبد بعد البزل مجتازة الحافة الضلعية بمقدار اصبعين.

وعاد الحبن بعد بضعة ايام. ولم تخف الوذمة ومات المريض في ٣١ كانون الثاني بعد ان اعترته نوبة اسراع القلب (١٥٠) وكانت حرارته طبيعية

فتح الجثة: الامعاء والصفاق سليمة الحبن غزير، وزن الكبد ٤٨٣ غراماً والكلوة اليمنى كبيرة الحجم، فتح الوريد الباب فلم نر خللاً فيه، غير اننا رأينا في الوريد الاجوف السفلي علقة ليفينية طولها ٦ . س م. تشغل الجزء المتوسط من العرق. وقد اجرى زميلنا الاستاذ الشطي الفحص النسيجي فكانت النتيجة كما يلي:

الكبد متجانسة في اقسامها كافة وفي بعض نواحيها صلابة بالجس وصرير بالقطع ، لونها آردوازي، شكلها طبيعي، سطحها املس ومنتظم . وكشف الفحص المجهري اتساعاً في الاوردة المركزية ، وتخثراً في الاوردة ونزفاً خارج الاوردة المركزية والعروق الشعرية. نسيج الكبد حول الاوردة مملوء بالدم ، الخلايا في هذا الجزء من الفصيص مصابة بالاستحالات الجبنية، الشحمية والجوفية ، بعض الاصبغة الدموية في هذه الناحية. الخلايا في جوار مسافات كيرنان صحيحة. وفي مسافات كيرنان الاوردة والقنوات الصفراوية طبيعية ، النسيج الضام يتكاثر وجزء منه حديث التكون .

وفي باطن الوريد خثرة ملتصقة بالجدار في بعض اجزاء العرق . وفي الفحص المجهري كشف الالتهاب في جدران هذا الوريد ، والطبقة الاندوتليالية متقشرة ، الجدار الخارجي شديد الضخامة وتلاحظ فيه العقيدات الانتانية . ولم يكشف الفحص الجرثومي اي عامل من العوامل . وهكذا كانت آفات الكبد شبيهة بآفات الكبد القلابية. والوريد الاجوف السفلي مصاب بالالتهاب، اذا لوحظت فيه علقة بحالة التعضي ولم يكشف اي خلل في الكلوة .

يؤخذ مما تقدم ان مريضنا كان مصاباً بالتهاب الوريد الاجوف السفلي الساد في عقب رض البطن . وقد اتضح هذا النوع من الاسباب بعد ما بحث فيه في المؤتمر الدولي لعوارض العمل المنعقد في جنيف في السنة ١٩٣١ اذ ابان الاستاذ ايمبر (Imbert) من مارسيليا بتقريره المسهب كثرة التهاب الاوردة الرضي قائلاً ان كل آفة رضية باستطاعتها ان تحدث التهاباً في الوريد ،

من الكسر المفتوح حتى الرض البسيط دون اي اصابة في اللحف . وذكر كاتالوردا (Cattalorda) في الجلسة ذاتها حادثة التهاب ساد في الوريد في عقب الجهد ، مبيناً سبباً له تشنجياً وريدياً بتخرش ودي ،

اورد درفيو (Dervieux) حادثة في غاية من الوضوح تتلخص بان متعهداً زلت به القدم وهو نازل من عجلة فرض ذراعه، وضغط الوجه الانسي من عضده في الحفرة الابطية فتلا ذلك ألم شديد في الايام التاليه ومات المرضوض بعد ايام وكشف فتح جثته علقة طويلة معضاة في الوريد العضدي.

وذكرت حوادث للالتهاب الساد في وريد تحت الترقوة ، وفي الوريد الابطي ، والصافن في المؤتمر نفسه .

وفي جلسة ايار ١٩٣٣ لجمعية الطب والجراحة والصيدلة في طولوز (Toulouse) ذكر تورنو (Tourneux) ولازورت (Lezorttes) حادثة التهاب الوريد في عقب الرض في الطرف السفلي على اثر رباط مشدود في القدم.

اما إمراض هذه الالتهابات، فالآراء منشطرة فيه شطرين: فبعضهم يقول ان الرض والجهد يحدثان تشنجاً وريدياً، ارتشاحاً دموياً في الكريات ومولد الليفين ، ثم تراصاً في الجسيمات الدموية ، ترسباً في الكريات ومنه تتكون الشبكة الليفينية . والبعض الآخر يتهمون جراثيم الامعاء العاطلة (العصية الكولونية ، والمكورات المعوية) التي تأتي وتستقر في عروق الاوردة المرضوضة ، شأن الحال في المدنفين والمضعفين، لذا تكون التهابات الاوردة الرضية عبارة عن التهابات انتانية وما شأن الرض فيها الا كسبب مساعد.

في حادثتنا الفريدة كان السبب بيناً وهو رض البطن ، وان الإمراض

الاتناني أقرب الى الصواب فنقول بقدوم العصية الكولونية او المكورة المعوية الى باطن الوريد الاجوف السفلي ومنه الالتهاب والعلقة. ولم نسمع على علمنا بالتهاب رضي في هذا العرق في السجلات الطبية ، وان الحوادث النادرة من هذا الالتهاب قد شوهدت بصولة الآفة من اوردة الطرفين السفليين الملتهبة ، لذا قد رأينا ان هذه الحادثة الفريدة جديرة بان تتلى على مسامعكم .

٣ ــ اثر الرض في تكوين السرطان

للعلميين شوكة الشطي ومحمد محرم الاستاذين في معهد الطب

لا شك ان اسباب السرطان بحث عويص ولغز غامض وربما كان اكثر الابحاث الطبية غموضاً ومن اعظمها شأناً لذلك تعددت الآراء في كيفية تكونه وطراز نموه وبين هذه الآراء الكثيرة رأي يزعم دعاته ان للرض شأناً عظيماً في توليد الاورام الخبيثة . غير ان المشاهدات التي تثبت اثر الرض في توليد الاورام نادرة جداً . اما وقد تيسر لنا ان نشاهد حادثتين من هذا النوع رأينا ان نتلو مشاهدتيهما على مسامعكم .

الحادثة الاولى : امرأة لها من العمر خمسة وعشرون عاماً كانت ترضع طفلها وعمره (١٨) شهراً فعض حلمة ثديها فأصيب الثدي بجرح صغير

رضي ولكن هذا الجرح بدلاً من ان يتماثل للشفاء اخذ منظراً غيرطبيعي فشك فيه فاخذت منه خزعة صغيرة وفحصت فحصاً نسيجياً فتبين ان الجرح الرضي قد استحال سرطاناً مكوناً من خلايا اسطوانية مكعبة وان هذه الخلايا الورمية ناجمة في الغالب من القنوات الناقلة للبن .

الحادثة الثانية : رجل تشاجر مع زوجته في النهار فامتلأت غيظاً منه وبينما كان نائماً قرير العين تظاهرت بتقبيله وما ان تمالكت من خده الأيمن وقنعت من سكوته اليها حتى عضته فيه عضةشديدة ادت الى تكوين جرح صغير كدمي . وسرعانما تحول الجرح المذكور الىحطاطة كبيرة متوذمة حواشيها كدمية قاسية . لم تحسّن المعالجات المستعملة حالة الجرح . ولما رأى المريض ان حالته اخذت تنتقل من سيء الى اسوأ قرر الاستشفاءفيالمستشفى

اجريت له الفحوص المخبرية فكان تفاعل واسرمان سلبياً وظهر من الفحص النسيجي انه مصاب بأبيتليوما ذات كرات .

قد يفضي الرض الذي يعقبه التخديش الى اضطراب كيمياوي في الخلايا فيولد السرطان غير ان ما يجدر ذكره في هاتين الحالتين هو نمو السرطان بسرعة وتكونه اثر رض وحيد . ويجوز لنا ان نتساءل ايضاً عما اذا كان الرض في كلتا الحالتين المذكورتين قد ادى الى توليد الورم وتكوينه ام ان تخدش الجرح الذي عقب الرض هو السبب في استحالة الجرح . اننا نقر الرأي الثاني ونرى ان هاتين الحادثتين جديرتان بالذكر سواء اكان الرض ام التخديش عاملاً في احداثهما .

٤ — جدول الحصيات المقتبس من سجلات المستشفى العام

من السنة ١٩٢٤ — ١٩٣٥

للعليمين مرشد خاطر ونظمي القباني

السنة	المثانة	الكلية	الاحليل	الموثة	العدد	النتيجة شفاء	وفاة
١٩٢٤	٢	١	٠	٠	٣	٣	٠
١٩٢٥	٢	٢	٠	٠	٤	٣	١
١٩٢٦	٨	١	١	٠	١٠	٩	١
١٩٢٧	٦	٠	٠	٠	٦	٦	٠
١٩٢٨	١٤	١	٠	٠	١٥	١٥	٠
١٩٢٩	١٤	٣	٠	٠	١٧	١٧	٠
١٩٣٠	١٠	٢	١	٠	١٣	١٣	٠
١٩٣١	١٢	١٠	٠	٠	٢٢	٢١	١
١٩٣٢	٢١	٠	٠	٠	٢١	٢١	٠
١٩٣٣	١٣	١١	٠	٠	٢٤	٢٤	٠
١٩٣٤	١٨	٨	٠	١	٢٦	٢٦	١
١٩٣٥	٢١	٥	٠	٠	٢٧	٢٥	١
المجموع	١٤١	٤٤	٢	١	١٨٨	١٨٣	٥

تستنتج من هذا الجدول النتائج التالية :

١ً — ان حصيات المثانة هي اكثر الحصيات حدوثاً لان عددها في السنوات الاثنتي عشرة بلغ ١٤١ حصاة بيد ان حصيات الكلية لم تكن الا ٤٤ وحصيات الاحليل اثنتين وحصاة واحدة في الموثة

٢ً — استنتج من مراجعة السجلات ان المحصيين كانوا من

دمشق وقراها	١٠٥
حوران وجبل الدروز	٤٦
حمص وحماه	٢٤
اماكن مختلفة	١٣

فتكون دمشق وقراها في طليعة البلدان التي يحصى سكانها ثم يأتي في الدرجة الثانية حوران والجبل الدرزي ففي الدرجة الثالثة حمص وحماه .

٣ — اننا صادفنا حصيات المثانة في حديثي السن اكثر من مصادفتها في الكهول والشيوخ فهي تقسم بالنسبة الى الاعمار على الوجه الآتي :

ما دون العاشرة	٩٦
من ١٠ — ١٥ سنة	٢٢
ما فوق الخامسة عشرة سنة	٢٣

واصغر ولد محصي شاهدناه كان عمره سنة ونصف سنة

بيد ان حصيات الكلية تخالف هذا الامر فان اكثرها قد صودف بعد الخامسة عشرة وهذا وجه ترتيبها .

ما دون السنة العاشرة	٠
من ١٠ — ١٥ سنة	٢
ما فوق الخامسة عشرة	٤٢

٤ — ان النساء اقل اصابة من الرجال فمن مجموع المحصيين الذين يشتمل عليهم هذا الجدول لم نصادف الا ٥ حصيات كلية وثلاث حصيات مثانة في النساء . منها طفلة اما السبب فلسنا نستطيع تعليله لان قصر الاحليل في المرأة

اذا كان يجوز ان يعد سبباً في قلة تكون الحصيات في المثانة فما عساه ان يكون السبب في قلة الحصيات في الكلية مع ان النساء لا يقل تعرضهن لعفونات المسالك البولية عن الرجال .

٥ً — ان الوفيات كانت قليلة فهي معادلة لـ ٢،٦٥ ٪ وليلاحظ ان حالة اكثر المرضى حين دخولهم المستشفى ليست بجيدة فابوال الكثيرين منهم تكون عكرة ومعفنة بجراثيم مختلفة وابدانهم تكون منهكة وبولة دمائهم مرتفعة فالوفيات والحالة هذه في المرضى الذين ننقل احصاءهم اليكم ليست كثيرة على ما نرى واننا ننسب حسن هذا الاحصاء الى الطريقة الجراحية التي نتبعها في حصيات المثانة فاننا نفجر دائماً ولا نغلق المثانة اغلاقاً تاماً كما يفعل بعض الجراحين .

٦ً — لم نتمكن من تحليل جميع الحصيات التي استخرجناها تحليلاً كيمياوياً ولكن اذا جاز الاعتماد على المنظر الخارجي فقط قلنا ان اكثرها ان لم يكن فوسفاتياً صرفاً فمغطى بقشرة فوسفاتية لان معظم الحصيات مؤلف من نواة حماضية تحيط بها طبقة كثيفة من الفوسفات .

❀❀❀

معالجة داء اديسون

(٢)

لريفوار

ترجمة الطالب السيد وحيد الصواف

ب : كلورور الصوديوم

ان معالجة داء اديسون بكلورور الصوديوم تعد فتحاً عظيماً في فن المداواة يماثل شأن الرسول القشري .

ويعود الفضل بلا مراء في هذا الكشف الى الاستاذ أشار (Achard) والي ايضاً اذ اننا نشرنا في الطبعة الاولى من كتابنا « فتوحات علم الغدد الصم الجديدة (les acquisitions nouvelles de l' Endocrinologie) الذي ظهر في السنة ١٩٣١ حادثة داء اديسوني تحسنت تحسناً فائقاً بتجرع كميات كبيرة من كلورور الصوديوم وباخذ المصل الملحي الزائد التوتر حقناً في الوريد . وبعد مضي سنة اي في تشرين الثاني سنة ١٩٣٢ نشر لوب (Lœb) في اميركة حادثة مماثلة قادته الى درس دور كلورور الصوديوم في امراض عوارض القصور الكظري . وقد قصدت ان ابين هذه النقطة التاريخية خاصة لان الغرائزيين الاميركان لم يذكروا ابداً ابحاثنا التي تقدمت ابحاثهم ولأن مارانون (Maranon) في بحثه الذي نشره مؤخراً في هذه المجلة عن

هذا المرض لم يراع ايضاً هذه النقطة .

وقد انتشرت هذه المعالجة في وقتنا انتشاراً عظيماً في اميركة كما في اوروبة وقد اضاف اليها خاصة لوب وهاروب وسيرس وماراون , Læb, Harrop Sears,Maranon كما اضفنا ايضاً تعديلات ونتائج جيدة .

أسس الطريقة الغريزية : — يحدث على ما يظهر في اثناء قصور الكظر ضياع هام في كلورور صوديوم الدم . واول من ذكر ذلك بومان وكورلاند (Baumann et Kurland) في السنة ١٩٢٦ . الا ان تحريات لوب وتلاميذه الحديثة وتحريات زويمار وسوليفان (Zwemer et Sullivan) هي التي بينت اشكال هذا الحادث وتأثيراته وشأنه .

فقد بيّن هؤلاء المؤلفون ان الحيوانات المستأصلة كظورها لا تصاب بنقص في كلور صوديوم دمها فحسب بل تصاب ايضاً بنقص في المدّخر القلوي والكتلة الدموية . واظهرت الموازنة المعدنية التي وضعها لوب ان ما تطرحه العضوية من كلور الصوديوم يفوق ما تأخذه منه ويتمّ الطرح بطريق البول والبراز معاً فضياع كلور الصوديوم هذا تكون نتيجته المباشرة حموضةً دموية بنقص الأسس (ومنها هبوط المدخر القلوي) وكثافة في الكتلة الدموية تحدث كما بين باترس وفان سليك (Peters et Van Slyke) كل مرة تهبط فيها قيمة صوديوم المصوّرة .

وعدا ذلك تحدث عادة في قصور الكظر زيادة في بوتاس الدم (hyperkaliémie) ناشئة من الاعتياد . فتميل العضوية الى الاستعاضة عن شارد الصود (Na) الناقص بشارد البوتاس (K).وتشاهد في الأديسونيين

التبدلات نفسها بصورة ثابتة ولا سيما نقص كلور الصوديوم كما بيّن لوب وهارون ومارينون . ويظهر ان لنقص كلور الصوديوم هـذا دوراً في إمراض عوارض قصور الكظر وقد بين لوب وزويمار وسوليفان وسوينغل وبفيفنر ان اعطاء الحيوانات المستأصلة كظورها كلور الصوديوم يطيل حياتها . ولكن تغيير التطور الكهربي (métabolisme èlctrolytique) لا يكفي على ما يظهر لتعليل موت الحيوانات التي لا كظر لها . والواقع ان هذه الحيوانات تموت دائماً ولو عولجت بكميات كبيرة من كلور الصوديوم مع انهـا في اثناء المدة التي تحياهـا وهي ١٥ — ٣٠ يوماً لا تصاب بقصور في كلور صوديوم المصورة واذا كان لقشر الـكظر شأن كبير في تنظيم تطور هذا الملح فمن المؤكد ايضاً ان هذه الوظيفة ليست اعظم وظائفه من الوجهة الحيوية.

ولنذكر اخيراً ان هاروب لاحظ ان الحيوانات المستأصلة كظورها والتي عولجت بـكلور الصوديوم لا تحتاج لـكي تبقى حية الا الى كمية قليلة من الرسول القشري الكظري بخلاف الحيوانات التي استؤصلت كظورها ولم يدخل الملح في غذائها وتوضح هذه الحادثة عمل كلور الصوديوم الجيد في الأديسونيين الذين لم يحرموا الرسول القشري وخيبته في الحيوانات المستأصلة كظورها ان لم يكن دائماً ففي الدور السابق لدور المرض الاخير.

الاستطبابات : — ان كلور الصوديوم علاج داء اديسون الاساسي ، على عكس الرسول القشري الكظري الذي لا يستعمل الا في الحالات الخطرة المستعجلة . فيجب وصفه في جميع الحالات سواء أفي هجمة المرض او في نوبة قصور الـكظر . ويجب ايضاً ان نلح على المريض الا يقطع

معالجته ابـداً لان حذف كلور الصوديوم مدة ثماني واربعين ساعة كافٍ احياناً لظهور نوبة خطرة .

المقادير : — ان ابسط الطرق لاعطاء كلور الصوديوم هو طريق الفم . فيوصف برشاناً في كلٍ منها غرام يبلعها المريض مع الحليب . ويختلف المقدار اللازم بحسب الاشخاص الا انه يبقى كبيراً في كل حال . وبالاجمال يجب على المريض ان يتناول عشرة غرامات من كلور الصوديوم في كل يوم اما المقدار الأنجع فيعين بعد التردد واختبار تحمل المريض .

واذا لم يكف تجرع الملح لتحسين حال المريض ندعمـه بالمصل الملحي حقناً . ويشير المؤلفون الامير كان بالمصل المتعادل التوتر غير اننا نفضل الزائد التوتر الذي يدخل كمية كبيرة من الملح بمقدار قليل من السائل وقـد جنينا منه دائماً نتائج حسنة . وفي الاجمال نصنع لاديسونينا كل يوم حقنة وريدية مقدارها ٢٠ عشم٣ من مصل ملحي نسبته ١٠ ٪ .

صعوبة المعالجة : — يحتمل الاديسونيون الذين نقص ملحهم كميات كبيرة من الملح عادة حقناً او تجرعاً بسهولة زائدة ولم نشاهد عوارض لهذه المعالجة الا مرة واحدة اذ انتابت المريض في بدء المعالجة هجمة هذيان استمرت اربعاً وعشرين ساعة وليس من مضاد استطباب لهذه المعالجة الا قصور الـكلية غير ان هذه الحالة نادرة في داء اديسون ولا يصح ان يعدّ ازدياد بولة الدم الخفيف الذي يصادف في الغالب علامـة على قصور الـكلية لانه يزول بسرعة حين المداواة بـكلور الصوديوم .

النتائج الدوائية : — ان الغذاء المالح يبدل حياة الاديسونيين تبديلاً

كاملًا فيزيل اضطرابات الهضم وآلام البطن وينقص الوهن وهبوط التوتر الشرياني ويمكن المريض من حياة عادية الا انه لا يمنع ظهور نوب قصور الكظر بل يجعلها تخضع اذا ظهرت لكميات ضئيلة من الرسول القشري.

ج : السيستائين

بقي علينا الآن ان نتكلم عن العلاج الثالث لداء اديسون وهو السيستائين اقترحت هذه المعالجة في السنة ١٩٣١ في الطبعة الاولى من كتابي (فتوحات علم الغدد الصم الجديدة) ولكنها لم تلاقِ على ما يظهر الانتباه الذي تستحقه وفي رأيي انها المعالجة المثلى لداء اديسون وانها اذا اشتركت مع التغذية المالحة تكفي في الغالب لابقاء المرضى في حالة جيدة .

اسس الطريقة الغريزية : — استوحينا فكرة هذه المداواة من اعمال غريزية تعود بالخاصة الى بينه (Binet) وزملائه الذين بينوا دور الكظرين في تركيب عوامل التماس الخلويه الكبريتية المائية (sulfhydrilés) : السيستائين والغلوتاتيون (glutathion).

نعلم ان هذين المركبين الآمينيين يلعبان دور تماس رئيسي في سير التفاعلات المحمضة — المرجعة اللاهوائية ولا سيما في حادثات تجزؤ الغلوسيدات المستبطن العضلات وهي اساس التقلص العضلي وتوليد الحرارة .

لقد بينت اعمال بينه من جهة ان قشر الكظر اغنى اعضاء الجسد بمادة الغلوتاتيون ومن جهة اخرى ان تحقيق هذه المادة ممكن بمزج كظور كلاب بدم مضاف اليه سيستائين غليكوكول وحمض غلوتامي (acide gluthamique) وعدا ذلك فقد شاهد عدة غرائزيين هبوطاً في

غلوتاتيون الدم وخاصة غلوتاتيون العضلات في قصور الكظر التجربي وشاهدوا زيادة فيه بعد حقن الرسول القشري الكظري . وتبين هذه الحوادث كلها ان احدى وظائف هذا الرسول هي تركيب عوامل التماس الكبريتية المائية .

وقد دفعنا الفضول بعد ان شاهدنا ما لحقن السيستائين في داء اديسون من التأثير الحسن الى تجربة هذا المستحضر في الكلاب المستأصلة كظورها . وقد جربنا بزمنين على ثلاثة كلاب تزن من ٧ — ٨ كغ لحقناها بـ ١٠ عشغ سيستائين (كلورما آت) ممددة بـ ٢٠ عشم٣ من مصل ملحي زائد التوتر واعطيناها بالوقت نفسه بمسبار المريء ٤ — ٥ غ من كلور الصوديوم في كل يوم . فكانت النتيجة ان مات احد هذه الحيوانات عند استئصال الكظر الثاني وعاش الآخران الاول ٤٧ والثاني ٦٣ يوماً وهذا على ما نعلم اطول بكثير من المدة التي تعيشها الكلاب المستأصلة كظورها التي لم تعالج بالخلاصات القشرية الكظرية . ويستحسن ان تعاد هذه التجارب على عدد اوفر وان يستعمل فيها الغلوتاتيون عوضاً عن السيستائين الذي لم يسمح لنا ثمنه الغالي باستعماله ، وقد عرف منذ الآن ان نقص نسبة عوامل التماس الكبريتية المائية تلعب دوراً هاماً في إمراض عوارض قصور الكظر وان احدى وظائف الرسول القشري الأساسية تتعلق بتركيب هذه الأجسام .

وقد تسنى لبارانشان ولومان (Barrenschen et Lohmann) بعد التحريات الدقيقة التي اجريت عن دور الغلوتاتيون في تجزئة الغلوسيدات

ان يستنتجا ان هذا العامل بالتماس لا دخل له على الارجح في المراحل الاولى لاحتراق السكاكر أي في إماهة مزيج (complexe) مولدي السكر والفصفور وفي تحويل السكاكر السداسية (hexoses) الى متيل غليوكسال (méthylglyoxal) ويظهر ان الغلوتاتيون يشترك خاصة في تحويل المتيل غليوكسال الى حامض لبن وهذه المرحلة من انحلال السكاكر (glycolyse) هي المبطئة في قصور الكظر . ويحسن بنا بهذه المناسبة ان نذكر ان فون آرني (Von Arny) ولونجيل (Lengyel) شاهدا في الفئران المستأصلة كظورها هبوطاً بيناً في حامض لبن العضلة بحالة الراحة وخاصة بعد تقلصها الطبيعي او الكهربي . واذا قبلنا هذا التفسير لدور عوامل التماس الكبريتية المائية في حل السكاكر (glycolyse) جاز لنا ان نقبل ايضاً الانحراف في تدني المتيل غليوكسال وتكوّن مشتقات سميه الامر الذي يمكننا من تعليل اعراض قصور الكظر .

الاستطبابات : — يجب ان يوصف السيستائين في جميع حالات داء اديسون وهو ككلور الصوديوم علاج اساسي جيد جيداً ويستعمل ايضاً في الحالات الخطرة وكثيراً ما يدفع وحده نوب قصور الكظر دون الالتجاء الى الرسول القشري الكظري .

المقادير : — كنا في بدء تجاربنا الدوائية نعدل كلور ماآت السيستائين عند حقنه بمحلول فحمات الصوده وقد تركنا ذلك الآن لقلة فائدته واكتفينا بتحضير حباب في كل منها ٢٠ عشغ من كلور ماآت السيستائين محلولة في ٢ عشم٣ من الماء المقطر المعقم بالتسخين مرتين في الدرجة ٦٠° . ولدى الاستعمال

يمزج محتوى الحبابة في محقنة سعتها ٢٠ عشم٣ بمحتوى حبابة فيها ٢٠ غ من المصل الملحي الزائد التوتر بنسبة ١٠ ./٠ ثم يحقن الوريد بهذا المزيج .

وهذا الترتيب سهل الاستعمال وجامع للمعالجتين معاً : المعالجة بالسيستائين والمعالجة بكلور الصوديوم في آن واحد . وفي الحالات التي يتعذر فيها حقن الوريد يرجع الى حقن العضلات بعد تعديل المحلول بالفحمات (ولنذكر بهذه المناسبة ان معامل يلا تبيع حباب السيستائين مع محلول معاير من فحمات الصوده يعدل المزيج حتى الدرجة ٧,٥ من مقياس قوة مولد الماء PH) .

ويكتفى غالباً في الصيانة بحقن ٢٠ عشغ من السيستائين كل يومين مرة وفي النوبة تصنع حقنة في كل يوم وقد يصنع اكثر من ذلك اذا كانت النوبة خطرة .

والسيستائين سهل التحمل دائماً ولم نصادف في اثناء استعماله ادنى عارضة.

النتائج الدوائية : — يصعب تقدير نتائج هذه المعالجة الدوائية لانها تستعمل غالباً مشتركة مع كلور الصوديوم وليس من الهين تعيين قسطها في التحسين المشاهد في المرضى . الا ان الامر الذي لا يقبل الجدل هو ان نتائج المعالجة المشتركة احسن بكثير من نتائج المعالجة بكلور الصوديوم وحده ونقدم مثلاً على ذلك اديسونياً نعالجه الآن رأيناه للمرة الاولى بحالة خطرة منذ زهاء ثمانية عشر شهراً وحالة المريض منذ هذا التاريخ جيدة فقد ثبت وزنه وزاول اعماله وعاش عيشاً متعباً ولم يصب بنوبة قصور الكظر ابداً مع ان هذا الرجل عولج بكلور الصوديوم والسيستائين فقط ولم

يحقن بالخلاصة القشرية قط .

وعدا ذلك فللسيستائين مفعول لا ينكر في التوتر الشرياني والتلون . يرتفع التوتر الى ١٠ او ١١ ثم ينزل الى حده الاصلي عند قطع المعالجة . اما التلون فينقص نقصاً جلياً سواء أفي الجلد الذي يأخذ لوناً رمادياً وسخاً او في الاغشية المخاطية . ولكنه لا يزول مع ذلك كل الزوال ولم نشاهد منظر الوضح (vitiligo) الموصوف في بعض المرضى الذين عولجوا بالخلاصات القشرية .

وقد عالجنا مؤخراً اربعة عشر مريضاً اصيبوا بداء اديسون منذ ثلاث سنين على الاكثر بالسيستائين وكلور الصوديوم منهم الآن اثناعشر في قيد الحياة . وحادثتا الموت الوحيدتان شوهدتا في مرضى عولجوا في الوقت نفسه بالخلاصة القشرية . فيجوز لنا بعد هذا ان نفكر في اجتناب معالجة الاديسونيين بالخلاصة القشرية التي يمكنها ان تزيد الاعراض شدة باحداثها اضداد الرسل ونحن لا نستعمل الرسول القشري الكظري الا مضطرين في الحالات التي لا ينجع في تحسينها كلور الصوديوم والسيستائين . وهذا نادر .

والتجارب الوحيدة التي نشرت عن المعالجة بالسيستائين عدا تجرياتنا الشخصية هي تجارب لئوباردي ولاباس (Léobardy et Labesse) اللذين ذكرا على صفحات هذه الجريدة نتائج باهرة حصلا عليها في ثلاث حالات من داء اديسون . والمؤسف ان هذه المعالجة البسيطة الاقتصادية والناجعة لم تجرب حتى الآن الا قليلاً .

د : الخلاصة

ان داء اديسون مرض ذو سير متبدل قد يعيش بعض المصابين به مدة طويلة بلا علاج فالبت في فعل المعالجات الحديثة المختلفة التي اتينا على ذكرها مبتسر غير ان ذلك لا يمنعنا عن الاقرار بان بعض المرضى المحتضرين نجوا من الموت الامر الذي لم نكن نراه منذ بضع سنين. واياً كان مصير الأديسونيين النهائي فان الاعراض فيهم تحسن تحسناً كبيراً بالمعالجات الحديثة ولا يستبعد ان اطالة حياة هؤلاء المرضى تزيد نسبة الشفاء التام اذ نعلم ان آفات الكظرين تندب في بعض الحالات النادرة وان هاتين الغدتين تتجهان اتجاهاً بيناً الى الانتعاش (reviviscence) وانتعاشهما فوري ويكاد يكون تاماً في الحيوانات المستأصلة كظورها اذا ما كانت الغدة النخامية سليمة فتفرز هذه الغدة رسولاً يسمى: منشطة القشر (cortico-stimuline) ينعش قشرة الكظر. فلا عجب اذا ما نشط الحقن بالخلاصة النخامية التجدد الغدي في الاديسونيين

ولنذكر بهذه المناسبة ان كوليب اشار الى نتائج حسنة جداً حصل عليها في ثلاثة اديسونيين بحقن منشطة القشر (cortico-stimuline) المنقاة. واليكم هذا الباب الجديد الذي فتح للتجارب الدوائية واننا نستطيع القول منذ الآن ان معالجة داء اديسون من اكبر فتوحات علم الغدد الصم الحديث.

❀❀❀

ادوار نمو البريميات الشاحبة

علماء : لوفاديتي . شوان فيزمان .

(Cycle évolutif du «Trèponéma Pallidum »
Par : Levaditi,Schoen,Vaisman)

ترجمها العليم محمد محرم

تطرأ على البريميات الشاحبة بسبب بعض العوامل تبدلات شكلية تلتف بتأثيرها البريميات على نفسها وتتبدل عرى (boucles) وكبباً (pelotes) كثيفة . ويستطاع في اثناء ملاحظة هذه التبدلات مشاهدة جميع الادوار الانتقالية التي تجتازها البريميات ولا سيما الدور الذي تنتقل فيه من الكبب الرخوة الى الجسيمات (corpuscules) المدورة او البيضية الظليلة (opaques) ويرى على جوانبها في اكثر الاحيان خيط دقيق هو قطعة البريمية التي لم يكفها الوقت للالتفاف على نفسها وقد شاهد العالمان شاودين (Schaudinn) وهوفمان (Hoffmann) هذه التبدلات الشكلية في اثناء اختباراتهم وشاهدناها نحن ايضاً في مخاخ (encéphales) المصابين بالفلج العمومي وفي الاورام الزهرية (syphilomes) في الارانب وفي اللقاحات التي استحضرناها من هذه الاورام ولقحنا بها جلد الفأرة ومخاخ الحيوانات التي تلقح بها .

وقد بحث المتتبعون في طبيعة هذه التحولات فيما اذا كانت من نوع

الاستحالات التي تطرأ على البريميات ام انها ادوار نمو تجتازها البريميات في اثناء نموها ؟وقد اختلفت الآراء في ذلك فالعالم بروكزاك (Prowaczek) مثلاً يقول ان البريميات التي لها شكل العرى والكبب بريميات عادية اصابها الإعياء والخمول بسبب وجودها في اوساط لا تلائم افمالها الحيوية والعالم لوفاديتي (Levaditi) واتباعه وغيرهم من المتتبعين يؤكدون ان هذه التبدلات والتطورات الشكلية ليست الا ادوار نمو تجتازها البريميات قبل وصولها الى الدور الحبيبي او دور ما فوق الحمات (ultravirus) وشأن هذه التحولات وضرورة دراستها على ضوء أسس جديدة مختلفة عن الأسس التي اتبعت حتى الآن في دراستها حملانا على القيام بتجارب حديثة تتلخص بما يأتي :

ان تلقيح صفن (scrotum) الفأرة بلقاح مستحضر من الاورام الزهرية النامية على الأرانب لا يسبب ظهور قرحة في مكان التلقيح ولا يوجب استقرار البريميات الشاحبة في النسج القريبة من هذا المكان ولكن بعد التلقيح بمدة لا تقل عن عشرة ايام تظهر البريميات الشاحبة في العقد اللنفاوية البعيدة عن موضع التلقيح فتشاهد تلك العقد محشوة بالبريميات العادية الشكل (شكل البريّمة) . اما اللقاح الذي لقح صفن الفأرة به واستحضر من اورام الارانب الزهرية فتشاهد فيه بريميات مختلفة الاشكال بعضها ملتف على نفسه ككبة الخيوط الرخوة وبعضها ملتف ككبة الخيوط المشدودة ثم تتبدل كبب الخيوط هذه وتحول حبيبات صغيرة لا تلبث ان تزول من موضع التلقيح غير تاركة أثراً (دور ما فوق الحمات).

وقد لوحظ ان تطور البريميات هذا في موضع التلقيح يكون على اشده في اليومين التاسع والحادي عشر للتلقيح .

ولننقل الآن اللقاح من صفن الفأرة الذي لا يلائم كثيراً نمو البريميات التي في اللقاح الى صفن الارنب الذي يلائم نموها كل الملائمة ثم لنلاحظ تغير حال البريميات التي تكون في هذا اللقاح على هيئة عرى او كبب وما يطرأ عليها من تبدلات لو نقلت مباشرة من ارنب الى ارنب آخرى وقد استحضرنا لنتحقق ذلك لقاحاً من ورم زهري ولقحنا بشيء منه جلد بطن الارنب وجلد ظهر الفأرة وقد تبين لنا بعد ان تركنا اللقاح تسعة ايام في الارنب واحد عشر يوماً في الفأرة ان لقاح الارنب كان غنياً بالبريميات الشاحبة من الشكل العادي (شكل البريمة) وليس فيه الا عدد قليل من البريميات المشابهة للعرى والكبب ، على عكس لقاح الفأرة الذي كان يعج بالبريميات من شكل العرى والكبب . ولم يكن فيه الا نزر يسير من البريميات العادية وحينما لقحنا طائفة من الارانب بهذين اللقاحين لاحظنا ان الارانب التي لقحت باللقاح المأخوذ من الارنب كانت تصاب في اليوم السابع عشر من تلقحها بقرحة زهرية صغيرة فيها بريميات شاحبة قوية تسير مسرعة نحو النسج القريبة من القرحة لتستقر وتكمن في ثناياها . اما في الارانب التي لقحت باللقاح المأخوذ من الفأرة فان البريميات القليلة التي في هذا اللقاح لم تستطع التأثير في نسجها القريبة من مكان التلقيح الا في اليوم التاسع والعشرين او الثامن والثلاثين . ومن هذا يتبين ان هناك فرقاً جلياً بين البريميات التي قضت تسعة ايام في جلد الارنب الملائم لنموها

كثيراً . وبين البريميات التي قضت احد عشر يوماً في جلد الفأرة غير الملائم لها الملائمة الكافية : فان الاولى اجتازت بسرعة وفي اربعة ايام فقط دور العرى والكبب والحمات الراشحة وتحولت بريميات عادية فاحدثت قرحة زهرية صغيرة في اليوم السابع عشر من تلقح الارنب بها ، اما الثانية فانها لم تجتز هذا الدور وسببت ورماً زهرياً يكاد لا يرى - لصغره وعدم اكتمال اوصافه — الا بعد مرور تسعة وعشرين او ثمانية وثلاثين يوماً وما ذلك الا لعدم ملائمة جلد الفأرة لنموها .

ومما تقدم يستنتج ان للبريميات الشاحبة دور نمو يتألف من عدة ادوار تالية تكون البريميات في اثنائها على شكل العرى ثم على شكل الكبب قبل ان تصل الى دور الحمات الراشحة الذي يليه دور البريمة العادي وهو الدور الاخير الذي لا تصل اليه البريميات الا بعد اجتيازها هذه الادوار كلها في اوساط تلائم حياتها ونشاطها وتطورها. اما البريميات التي تقودها الصدف الى اوساط لا تلائمها فانها وان تطورت التطور الذي يتطلبه نموها لا تلبث ان ترقد في خمولها ثم تنتهي حياتها وتموت .

❀❀❀

ذكرى مرور الف سنة

على وفاة الرازي [١] (٨٥٠ — ٩٣٢ ؟)

للعليم لطفي السعدي ترجمة العليم ميشل خوري

الصدق والحقيقة في الطب هدف يصعب الوصول اليه ،
وفن الشفاء كما تنص عليه المجلدات انما هو دون
الخبرة العملية التي ينالها الطبيب الحاذق المفكر
(الرازي)

لا نعرف بالضبط تاريخ ولادة ابي بكر محمد بن زكريا الرازي ولكن يظن انه ولد في النصف الثاني من القرن التاسع بالريّ في العراق العجمي . ويجمع الاكثرون على ان وفاته كانت في السنة ٣٢٠ هجرية الموافقة للسنة ٩٣٢ ميلادية . وعليه تكون ١٩٣٢ (سنة كتابة هذا المقال) ذكرى مرور الف سنة على وفاته . وكان الرازي في اول عهده مولعاً بالموسيقى والطبيعيات والكيمياء . ولدى بلوغه الاربعين من العمر عزم على دراسة الطب وكان ذلك بعد تردده على مستشفى عضد الدولة واتصاله هنالك برئيس الصيادلة فكان يسأله بلا انقطاع عما في هذا العلم من الغرائب. واخذ الرازي الطب عن علي بن الربان الطبارستاني صاحب كتاب فردوس الحكمة وهو مؤلف ثمين في الطب والفلسفة .ولذلك فان الرازي اتخذه اساساً للدرس حين عكف بنفسه على تلقن الطب مستعيناً بكتب جالينوس وابقراط وحكماء

(١) محاضرة القيت في نادي الصحافة بكلية الطب والجراحة في ديترويت في ١٢ تشرين الثاني ١٩٣٢

الهنود ، فاعانه اطلاعه على الطبيعيات والكيمياء اعانة كبرى . وحين شاع امره جعل رئيس اطباء المستشفى في مدينة الري فبقي في هذا المنصب ردحاً من الزمن . وروي في الفهرست عن محمد بن حسن الوراق ما يلي :

سألت احد شيوخ الري عن مستشفى الرازي فاجابني ان الرازي رجل وقور طاعن في السن ذو هامة كبيرة منحنية. وهو يجلس تلامذته صفوفاً بحسب درجاتهم ومبلغ تقدمهم . ومن عادته انه يدعو تلامذة الصف الاول الى فحص المريض حين قدومــه الى المستشفى . فاذا تعذر على هؤلاء الوقوف على العلة سلّم الى تلامذه الصف الذي يليه واذا لم يستطع الجميع معرفة داء المريض نظر فيه الاستاذ واعاره ما يستحقه من العناية .

والارجح ان هذه الطريقة في تعليم الطب انما هي من ابتكارات الرازي ومما يدعو الى الدهشة انها شبيهة بالطريقة المتبعة في مدارس الطب الغربية .

وذاع صيت الرازي في الآفاق فاستدعاه عضد الدولة ليكون رأس الاطباء في مستشفى بغداد بعد ان انتخبه من بين خمسين طبيباً رشحوا لهذا المنصب وحين اراد عضد الدولة انتقاء بقعة لبناء المستشفى فان الرازي استطاع ذلك بطريقة طريفة وذلك انه علق قطعاً من اللحم في اماكن مختلفة من المدينة ثم انتخب البقعــة حيث اصاب اللحم اقــل مقدار من التفسخ (١)

وتزيد مؤلفات الرازي عن مئتي مجلد منها ما يتناول الفلسفة والكيمياء

(١) يرتاب ابن ابي اصيبعة في ان الرازي كان معاصراً لعضد الدولة . عيون الانباء لابن ابي اصيبعة . الطبعة العربية لامرىء القيس الطحان . القاهرة مصر ١٨٨٢ — ١ : ٣١٠

والطبيعيات وعلم الفلك والرياضيات وعلوم الدين والموسيقى وسواها من العلوم . وبما ان نطاق هذه المحاضرة يضيق عن وصف جميع مؤلفاته فاننا نقتصر منها على ذكر ما كان ذا شأن من الوجهة الطبية التاريخية وهي كما يلي : (١)

كتاب الحاوي	الملوكي	الـكافي	الفصد
كتاب المنصور	تقسيم العلل	المدخل الصغير	امراض العيون وعلاجها
كتاب الجدري والحصبة	الفاخر (٢)	الـكبير	رسالة في تقلص الحدقة وتوسعها في النور والظلمة
الجامع	طب العوام		

وله كتب اخرى خاصة تبحث في :

الغذاء	رسالة في حمى الورد (٣)	فالج الوجه	مقتضيات المستشفيات
القولنج	الزكام والتهاب الشعب حصى الـكلى والمثانة	البواسير وظائف الاعضاء	حرقة الاحليل والمثانة (السيلان؟)
الفالج الشقي	جبر الـكسور		

وذكر سارتون (Sarton) ان الرازي في احد كتب الـكيمياء التي الفها وصف خمسة وعشرين جهازاً كيماوياً . وانه حاول تصنيف المواد الـكيمياوية وقام بتجارب مبتكرة لتعيين الثقل النوعي بميزان الماء الساكن

(١) وردت جميع مؤلفات الرازي في عيون الانباء لابن ابي اصيبعة وتاريخ الحـكمة والفهرست

(٢) المؤلف غير معروف بالتأكيد. راجع عيون الانباء لابن ابي اصيبعة الطبعة العربية لامرىء القيس الطحان . القاهرة بمصر ١٨٨٢ ·١ : ٣١٨

(٣) لاحظ الرازي ان شخصاً يسمى بابي زيد البلخي كان يصاب بهذه الحمى في كل ربيع حين يتفتح الورد . عيون الانباء لابن ابي اصيبعة ١ : ٣١٩ -

كتاب الحاوي

اول الكتب الآنفة الذكر هو كتاب الحاوي الذي يفوق جميع ماتقدمه من المؤلفات الطبية العربية. وليس هذا الكتاب اكثر مؤلفات الرازي اتساعاً فحسب، اذ تجلت به مقدرته في ابتكار طرق التشخيص والمعالجة مخالفاً بها من سبقه من اطباء العرب الذين كانت جلّ مؤلفاتهم مترجمة عن اطباء اليونان. على ان اسلوبه كان ينقصه الوضوح وطريقته في التصنيف غير خالية من الخطإ. وقد اورد الرازي في كتابه الحاوي مفكراته السريرية التي كان يدونها لاستعماله الشخصي على ما يظهر. وبما انه كان منهمكاً في مستشفاه فالارجح انه وكل امر جميع هذه المفكرات والملاحظات الى احد تلامذته. ولا توجد من الحاوي اليوم غير اقسام موزعةً في عددٍ من دور الكتب الاوروبية فليس بالامكان تصفحه الا في هذه الدور. والعلماء مختلفون على عدد المجلدات التي اشتمل عليها. فبعض الكتاب اللاتين يزعمون انه حوى خمسة وعشرين مجلداً، وسواهم يقولون ثلاثين وغيرهم سبعة وثلاثين. غير ان كتّاب العرب متفقون على انه حوى اثنى عشر مجلداً (١)

ووصف علي عباس المجوسي في كامل الصناعة كتاب الحاوي كما يلي:

هو كتاب شامل يحتوي على جميع ما تهم معرفته طالب الطب في مداواة الامراض والعلل. ولكنه لا يتعرض لمعالجة الامزجة والاخلاط والتشريح

---

(١) جاء في الفهرست وذلك في صدد عدد كتب الرازي ورسائله، ان الحاوي الذي هو اهم مؤلفات الرازي يشتمل على اثنى عشر مجلداً، الفهرست الطبعة العربية اصطفى محمد القاهرة بمصر ١٣٨٤ هـ ١ : ٤١٥

والجراحة ثم انه غير محكم التأليف ، يعوزه التصنيف الضروري للمؤلفات العلمية كما يتوقع من صاحبه المعروف برسوخ القدم في التصنيف العلمي . وبما انني اعرف المؤلف حق المعرفة فيتبادر الي انه اراد احد امرين ، فاما انه جعل الكتاب تذكرة لنفسه خشية من حدوث ما ليس في حسبانه لمؤلفاته الاخرى ، وفي هذه الحالة فان كتاب الحاوي يقوم مقامها جميعاً ، واما انه شاء جعله اثراً ناطقاً باعماله على ان يعود الى مراجعته وتصنيفه فيما بعد . فعاقه عن ذلك ما لا نعرفه وغافله الموت فصرم حبل حياته قبل انجاز العمل الذي بدأ به .

وترجم الحاوي الى اللاتينية ونشر سنة ١٨٤٦ مسيحية ثم طبع بعد ذلك عدة مرات باللغة اللاتينية . وعلى ما نعلم لا توجد نسخة مخطوطة كاملة باللغة العربية ، خلا ستة مجلدات محفوظة في المتحف البريطاني وفي مكتبة بودلي واستطاع الاستاذ ادورد برون من جامعة كمبريدج الوصول الى هذه المجلدات فترجم منها الحادثة التالية التي يمكن عدها نموذجاً لمفكرات الرازي السريرية: عبد الله بن السوادي كان يشكو نوب حمى مختلطة فطوراً تكون حمى الغب وتارة تكون حمى الثلث وحيناً تكون حمى الربع . وآناً تنتابه كل ستة ايام . وكانت تسبق هذه النوب قشعريرة طفيفة وبيلات كثيرة . فابديت رأيي ان هذه الحمى قد تنقلب الى الربع او ان يكون هنالك تقرح في الكليتين. ولم تنقض مدة قصيرة حتى بدأ المريض باخراج القيح في البول فاعلمته حين ذلك ان نوب الحمى لا تعاوده فيما بعد وهكذا كان . ولم امتنع في البدء عن اعطاء رأي حاسم بان المريض مصاب بتقرح الكليتين الا لانه

اصيب سابقاً بحمى الثلث وسواها من اشكال الحمى وذلك ما اكد ظني الى درجة ما بان هذه الحمى المختلطة قد تكون ناشئة عن التهابات قد تعيدها ربما اذا اشتدت وطأتها . وفضلاً عن ذلك فان المريض لم يشكُ اليَّ ثقلاً في قطنه حين الوقوف. كما انني اغفلت سؤاله عن هذا الامر. ثم ان كثرة البول وجبت ان تقوي ظني بان المريض مصاب بتقرح الكليتين ولكني لم اعلم ان اباه كان يشكو ضعف المثانة وكان عرضة لهذه العلة ، التي كانت تنتابه احياناً وهو بحالة الصحة . وذلك ما نرجو ان يسلم منه الى آخر حياته ان شاء الله . . .

وعليه فانه عندما اخرج القيح اعطيته الادوية المدرّة الى ان خلا بوله منه . وبعد ذلك عالجته بتراب الجلاّط واللبان ودم الاخوين فزال مرضه وشفي شفاء سريعاً تاماً في مدة شهرين . اما ان التقرح كان طفيفاً فيدل عليه انه لم يشكُ اليَّ في البدء ثقلاً في قطنه . ولكنه بعد اخراج الصديد سألته عما اذا شكا هذا العرض سابقاً فاجاب بالايجاب فلو كان التقرح شديداً لشكا هذا العرض من تلقاء نفسه . وبما ان الصديد خرج بسرعة فان ذلك دلّ على تقرّح محدود . ولم يفهم هذه الحالة سواي من الاطباء الذين استشارهم المريض حتى بعد ظهور الصديد في بوله .

ففي هذه الحادثة وسواها يتوسع الرازي في تاريخ الحادثة ، واعراضها وعلاماتها ، فيضع تشخيصاً تفريقياً بين الحمى المسببة عن البرداء وتلك التي تكون مسببةً عن التهاب الكلية ضارباً صفحاً عن الظنون النظرية التي كانت شائعة في ذلك العهد مما يدل على انه كان اعظم الاطباء السُريريين في القصور الوسطى .

كتاب المنصور

يلي هذا الكتاب كتاب الحاوي في قيمته وكان الرازي قد قدمه الى المنصور بن اسحق صاحب خراسان وهو في تصنيفه شاملٌ لابحاث مختلفة فتأليفه اذن هو على نمط قانون ابن سينا . ويلوح انه كتب قبل رسالة الجدري والحصبة . والكتاب اللاتين متفقون على انه حوى عشرة مجلدات مواضيعها كما يلي : وظائف الاعضاء والتشريح والامزجة. الطعام والاسهاف، حفظ الصحة ، امراض الجلد ووسائط التجميل ، غذاء المسافرين ، الجراحة ، السموم ، مداواة الامراض في جميع اقسام الجسد ، الحميات .

وقد استعان الرازي في كتابة هذا الكتاب بمؤلفات من تقدمه نظير ابقراط وجالينوس واوريباسيوس وبولس الايجيني فيستطاع اذن عده صورة عن الطب اليوناني لخلوه من مزية الابتكار الظاهرة في الحاوي . غير ان طريقة تأليفه كانت سبباً لانتشاره في الغرب اللاتيني في العصور الوسطى ولا سيما المجلد التاسع الذي يصف مداواة الامراض بصورة عامة ومما يدل على سعة انتشار هذا المجلد ان الكثيرين من مشاهير اطباء اللاتين الفوا له شروحاً واستعملوه اساساً في التعليم .

اما من بين كتاب العرب فان صاحب الفهرست اورد ذكر كتاب المنصور قبل الحاوي ونص على انه يتألف من عشرة مجلدات . وذكر ابن خلكان انه نظر بعينيه نسخة من كتاب المنصور وهي مقدمة الى المنصور بن اسحق صاحب خراسان ويتفق ابن ابي اصيبعة مع ابن خلكان على

مضمون كتاب المنصور ، وعلى ان كتّاب العرب لم يتعمقوا في وصفه التعمق الكافي .

ومما لا ريب فيه ان الاصل العربي لكتاب المنصور لم يطبع . وهو يوجد الآن في اجزاء متفرقة في مكاتب درسدن ومدريد واكسفورد . ونقله الى اللاتينية جيراردوس كريمونانسيس ونشر لاول مرة في ميلانو سنة ١٤٨١ . ثم نشر بعد ذلك مرات عديدة ، وكما سبقت الاشارة فانه كثير الشروح واستعمل في تعليم الطب . (للبحث تتمة)

❀❀❀

ريودو جانيرو

رحلة جراحية في الثالث والعشرين من كانون الثاني سنة ١٩٣٦

للعليم لوسر كل استاذ السريريات الجراحية سابقاً

ترجمها العليم احمد الطباع

قد قيل كل شيء عن مدينة ريو فلم يعد ثمت مجال للتبسط في وصف بهاء الخليج وجمال المدينة وحسن ضواحيها ولكن ناحية لم تظفر ولا شك بوصف مسهب كغيرها تلك هي المؤسسات الجراحية في معهد الطب فاشباعاً لرغبتي ورغبة قراء هذه المجلة في استطلاع الامور صرفت صباحاً كاملًا متنقلًا في بعض مؤسسات عاصمة البرازيل الجراحية . وقد رأيت ان خير مؤسسة تصلح للاسترشاد هي مؤسسة معهد الطب الجراحية فيممت شطر المعهد وكان مغلقاً خالياً الا من بضعة خدم اذبل النعاس اجفانهم كانوا يقومون بتنظيف المستشفى بتثاقل ، نحن الآن في الصيف والحرارة تبلغ الدرجة السادسة والثلاثين في الظل ، والطلاب في عطلتهم منذ اوائل كانون الاول ولن يعودوا الا في النصف الاول من شهر اذار ، ولا يأتي احد الى امانة السر قبل الساعة الحادية عشرة او الظهر حتى ان البواب يصل في الصباح متأخراً . ولما كانت الباخرة فرانكونيا ستقلع في الساعة الثالثة عشرة لم استطع الانتظار فتوجهت الى اعظم مستشفيات المدينة شأناً وهو مستشفى

الرحمة (Miséricorde) (٩٠٠ سرير) وفيه ثلاثة فروع للسريريات الجراحية وقد كنت فرحاً ان رأيت كلاً في عمله فان رؤساء الشعب يبدأون اعمالهم في الساعة الثامنة ويغادرون المستشفى في العاشرة والنصف .

وقد استطعت بما لقيت من ترحيب الجميع بي وعطفهم علي ان اطوف طوافاً سريعاً بشعبة جراحية عادية من شعب الاسعاف العام . ثم طفت بشعبة السريريات الجراحية الثانية وكان رئيسها الاستاذ بادينو متغيباً ولكن ابنه ، وهو رئيس السريريات فيها اكرمني وعني بي عناية فائقة وطفت اخيراً بشعبة السريريات الجراحية الاولى حيث استقبلني رئيسها الاستاذ براندو فيلهو (Brandéo-Filho) بأنس وبشاشة عهدتهما في اخلاق البرازيليين فشاهدت بالتفصيل اقسام الشعبة كلها وقد اراد ان يجعل منها شعبة حديثة على الرغم من قدم البناء وكان قصده ان يجعل منها معملاً جراحياً مستقلاً بنفسه عما سواه واظن انه قد بلغ الغاية التي يرمي اليها . أجلت النظر في المكتب حيث يجتمع الاستاذ ومعاونوه الحديث فتبينت في الجدر رسوم الاساتذة الفرنسيين امثال ج.ل. فورولوغو وغريغوار الذين وطئت اقدامهم ارض البرازيل وطافوا بالمؤسسة واجروا بعض العمليات فيها ولا تزال ذكراهم ماثلة في الاذهان . وفي الشعبة ١٥٠ سريراً (للرجال والنساء) موزعة في غرف فسيحة كثيرة النوافذ وفي كل منها ١٤ — ٣٠ سريراً .

رأيت الاسرة في غرف المبضوعين تفصل بعضها عن البعض الآخر سجف تحرك وتغسل ، ورأيت غرف عمليات صغيرة للمعاونين وفي كل منها

جهاز تعقيم وقد انشىء حديثاً في المستشفى جناح جراحي مركزي فيه معدات التعقيم ومخزن اللوازم وغرف التحضير وفيه ممرضون مختصون به وهو وقف على شعب السريريات الثلاث اي معدّ لرؤساء الشعب يتولاه كل منهم يومين في الاسبوع .

وغرفة العمليات فيه فسيحة وحسنة الانارة تغطي مربعات من السارامیك الاخضر جدرها وفيها منضدتا عمليات فيتمكن الجراح متى انتهى من عمليته الاولى الانتقال الى الثانية غير مضيع الوقت بين المريض الاول والآخر وهو تدبير حسن متى لم تكن غرفة ثانية للعمليات في الشعبة. وفيها ثلاثة فوانيس لرؤية الصور الشعاعية مندمجة في الحائط وناظرة الى الحضور . وفيها ايضاً مناضد كمناضد دوفال وجهاز للاستنشاق وآخر للتخدير بحمض الآزوت الاول والمعدات الجراحية العادية وبرنامج الجلسة الجراحية كما عند غوسّه . ويفصل ساحة العمليات عن المدرج المعدّ للمشاهدين ، حاجز نحاسي ويتصل هذا المدرج برواق خاص يسير فيه الناظرون غير مارين بغرفة العمليات .

وقد اخذني العجب من امر لا بد لي من ذكره : فبينا هم لم يتركوا في الجانب المعدّ للعمليات وسيلة من وسائل الوقاية الاّ تذرعوا بها ، من قفافيز وقنع الخ . . . اذا بهم في الجانب الثاني يتركون للناظرين ملء الحرية في ارتداء اثوابهم العادية وقبعاتهم في ايديهم ولا يحتمون عليهم ارتداء قميص ابيض . حتى ان سائق سيارتي عنّ له ان يتبعني حاملاً عدة التصوير كلها فدخل حيث شاء حراً طليقاً وشهد العملية ولم يستغرب احد دخوله سواي.

وغرفة العمليات يبردها مجرى من الهواء البارد يصلها بانتظام وللمصابيح

جهاز خاص يوصل الماء لأطار المصباح المجهز بالواح زجاجيـة كبيرة مائلة يجري الماء فوقها .

وليس في غرفةالتعقيم شيء اكثر مما يشاهد في كل مـكان وقد استرعى نظري في غرفة التحضير اتساع المغاسل فهي اشبه بالمغاطس منهـا بالمغاسل والغاية من اتساعها منع رشاش الماء في اثناء الغسل عن تلويث ارض الغرفة اما النظام في غرفـة العمليات فهو على مـا بدا لي مأخوذ بعضه من نظامنا والبعض الآخر من الطرق الانغلوسا كسونية . وهم لا يخدرون تخـديراً عاماً الا بنسبة ٢٣ ٪ ولا يخدرون بالتخدير القطني مطلقاً بل يلجأون في الغالب الى التخديرين الموضعي والناحي. وقد نبذوا حقن الوريد بالافيبان الصودي واشاروا بحقنه في العضل .

وتحضر ساحة العمليات بصبغة الايود وقد رأيت هنا كما في المانيه والولايات المتحدة ، ممرضةً يوكل اليها امر الآلات فترتبها وتناولها للجراح .

وفي الشعبة فوق ما ذكر عيادة خارجية لها مخابرها الخاصة الجرثوميـة والحيوية والتشريحية المرضية والاشعة من رسم ومعاينة والخ . . وقد حشرت هذه المخابر جميعها في الطبقة الاولى .

وللربائد (archives) شأن كبير وتقوم كاتبتان خاصتان بامر تنظيمها وقد اروني ايضاً صوان (vestiaire) الاطبـاء والمتحف وسكن ممرضي الشعبة والخ . . .

ولـكي تسير الشعبة سيراً حسناً يساعد الاستاذ رئيس سريريات ينوب منابه في غيابه. ويساعده ايضاً مساعد اول ومساعدون أُصَل واطباء ملازمون

و يبلغ عدد الكل ثلاثين شخصاً .

يقوم المساعدون باعباء العيادة الخارجية والمخابر وقاعات المرضى يراقبهم في ذلك رئيس السريريات .

يبضع رئيس الشعبة ويساعده رئيس السريريات او يبضع المساعد الاول ويعاونه المساعدون العاديون وهؤلاء يبضعون ويساعدهم الاطباء الملازمون او ان اولئك (المساعدين العاديين) يدربون هؤلاء على البضع .

يعلن الاستاذ المذهب الذي يتبعه وعلى مساعديه ان ينقلوه للطلاب بلا تحريف ولا يجرأ احد في الشعبة على الجهر بما يخالف مذهب الرئيس القائم وحده باعباء جميع التبعات ولا يحق لاحد ان يتخذ لنفسه طريقة جراحية غير الطريقة التي اختارها الاستاذ مثال على ذلك: معالجة الكسور بطريقة بوهلر، استئصال الرحم بطريقة جان اوي فور ، استئصال الذيل الدودي بطريقة كالي الخ . . . والمساعدين ملء الحرية ، في خارج الشعبة باتخاذ طرق اخرى او الاخذ باي رأي علمي آخر .

يقوم المساعدون بزيارة المرضى مساء وبالاسعافات الجراحية العاجلة ،

يعين المساعدون تعييناً وينتخب الاطباء الملازمون منذ السنة الثالثة من سني الطب ولا تشترط المسابقة الا في وظائف التعليم الرسمي .

ولا ينظر في ترفيع الموظفين الى القدم بل الى الكفاية والذكاء والثقافة العلمية والعملية وحب النظام . واظن ان المساعدين لا يتناولون اجراً على عملهم بل يقومون ببعض النفقات التي تمتنع الادارة عن القيام بها . وهم يرون اجزل المكافأة بما يعود عليهم من وظيفتهم .

لا يقبل من الطلاب في السربريات الا من أتم سنتين في الدراسة النظرية ومدة دراسة الطب ست سنوات علاوة على سنة تحضيرية تشابه سنتنا التحضيرية .P. C. B .

ولقد اعجبت بكل ما شهدت اعجاباً فائقاً ولكني آسف كل الاسف لانشاء هذه الشعبة الحديثة في ابنية قديمة لا تليق بها فان المهندس الاول لم يختر مكاناً يتفق وما تتطلبه اليوم معالجة المرضى . ومهما بلغت عناية راهبات المحبة الورعات في نظافة المستشفى وحفظه فان الارض المخشبة بالخشب العتيق والسقف المطنّف والهيا كل الجميلة في قاعات المرضى كل هذا لم تعد تقره قواعد الجراحة الحاضرة .

وفي مدينة ريودو جنيرو عدة مستشفيات من هذا الطراز وقد اشار علي من في مستشفى الرحمة بزيارة مستشفى للاطفال انشأته البلدية حديثاً ،مستشفى الطفل يسوع ، والمستشفى الالماني الاحدث منه .

دخلت مستشفى الطفل يسوع وهو مستشفى مرتفع يبعد عن قلب المدينة زهاء عشرة كيلومترات امامه منظر جميل يأخذ بمجامع القلوب فرحبوا بي واسقوني القهوة البرازيلية اللذيذة ، ثم تجولت فرأيت مؤسسة حديثة في اسلوب بنائها الهندسي الطبي : غرف مزججة ، حجر تدفأ وتبرد بحسب الحاجة ، ناظرة تشرف على عدة غرف من حجرتها المزججة ، رباثد الخ . . الخ . . . واظن ان المستشفى اضيق من ان يتسع للاطفال الكثيرين الذين وقع نظري عليهم في العيادة وكأني به قد انشيء لعدد معين من الاطفال ولم ينشأ بالنسبة الى عدد اطفال البلاد المرضى وقد اعدت طبقته

الارضية للعيادة والمخابر وطبقته الاولى للطب والثانية للجراحة وفي المستشفى مراق (acsenseurs) تصل الطبقات بعضها بالبعض الآخر .

ولكي اشبع رغبتي اكملت نزهتي الجراحية بزيارة المستشفى الالماني مثال المستشفيات الحديثة وهو مؤسسة خاصة فيها ١٠٠ سرير قد تمّ انشاؤها منذ عشرة شهور . وقد تمثّله منذ ان وقع نظري عليه انه نسخة مصغرة عن مستشفى «بوجون» وقد اعد للجراحة فكان كجوهرة جراحية نادرة وكأحسن نموذج ابتكرته ذهنية اميريكية اوروبية . وتقوم على ادارته الحسنة راهبات المانيات . وبلدية ريو جادة اليوم في بناء خمسة مستشفيات حديثة .

والان اود ان اشرك اصدقائي الدمشقيين بمفاجأة لذيذة فوجئت بها في مستشفى الرحمة ومستشفى الطفل يسوع فقد سألوني عما اذا كنت انا مؤلف كتاب «مبادىء الجراحة» واذ سمعوا مني كلمة نعم تضاعف ودهم وثقتهم بي فتعارفنا كما حدث لي في السنة الماضية في كندا حيث وجدت من عرف كتابي فكانوا لي اصدقاء منذ زمن بعيد. فالبرازيليون مدينون لمعهد دمشق الطبي بكتاب فرنسي اعجبهم اسلوبه الحديث، فاقتناه منهم عدد كما تحققت ذلك منهم.

هذا ما شهدته في صباح ذلك اليوم الذي كان حافلًا باقتباس المعلومات وليس لي ان احكم في شيء حكماً باتاً وانا لم اقض في درسه الا صباحاً قصيراً ولكني استطيع ان اصرح بما استوقف نظري وهو ان الجراحة البرازيلية وليدة ثقافات متعددة وللثقافة الفرنسية نصيب كبير فيها وانه لما يثلج الصدر ان ارى حين دخولي المستشفى ان القائمات على ادارته فرنسيات من بنات راهبات المحبة ولما يسر ان يستطيع احدنا ان يقرأ مخطط الحرارة بالدرجات

المئوية والاوزان بالكيلوغرامات. ولسوانا ايضاً نصيب في الثقافة البرازيلية فان نيويورك اقرب اليهم من فرنسة .

وقد رأيت في غضون الايام الثلاثة التي قضيتها في مدينة ريو باخرتين كبيرتين ايطاليتين رستا ثم سافرتا . ورأيت عدداً عديداً من الرايات الانكليزية تلوح في الهواء على ابواب المصارف والبيوتات التجارية الكبيرة . ومع هذا فان فرنسة قد قصرت المسافة بينها وبين البرازيل بفضل شركة الطيران الفرنسية فقد تمكنا من ان نقرأ في صباح ٢٣ الانتران (l'Intran) الطبعة السادسة وهي قد طبعت في باريس في التاسع عشر منه .

❀❀❀

العنة في الرجل

ترجمة العليم نجم الدين الجندي

تعد العنة في الرجل من اعقد المسائل واكبرها شأناً وما هي في الحقيقة الا اضطراب وظيفي شخصي ويغلب ان تكون موقتة ولكن لها تأثيراً عظيماً : ١ً — في الشخص نفسه الذي يخجل من وهنه ويتألم ويشعر بهبوط قواه الجسدية والمعنوية . ٢ً — في الاسرة والمجتمع لان المصاب اذا كان اعزب يرغب عن الزواج او متزوجاً فيكون عرضة لتبكيت ضميره تساوره الشكوك وتستولي عليه الحيرة والجمود .

يجوب العالم طلباً للشفاء ويقرع جميع الابواب ويحط رحاله اخيراً عند علماء النفس او اختصاصي امراض البول سائلاً منهم لدائه شفاءً ولكربته تفريجاً وهو على حق في التجائه اليهم وهم على حق في معالجته لان داءه ذو علاقة بالنفسيات من جهة وبجهاز البول من جهة اخرى .

ومتى اراد الطبيب ان يتعمق في هذا البحث يرى امامه مؤلفات ضخمة قد كتبت بلغة عويصة يصعب على غير الاختصاصي حل رموزها او يجد رسالات خاصة فيها كثير من الفوائد غير انها لم تبحث في القضية الا من وجهة واحدة معينة من الوجهة النفسية او الغدد الصم ضاربة صفحاً عن الناحية العملية من الموضوع وقد ظهر مؤخراً مؤلف حسن عنوانه « العنة التناسلية في الرجل » لمؤلفه بالازولي « Polazzoli » وهو يبحث في الناحية السريرية

من الموضوع غير ان فيه ايضاً معلومات كثيرة عن غريزة العمل الجنسي كافية لايقاف الطبيب على حالة المريض وفهم جوهر اضطراباته ومنشإها وتمكينه من ابلاغه الى ميناء الشفاء شيئاً فشيئاً .

لا ينكر ان سبب العنة قد يكون عضوياً او وظيفياً غير انه في معظم الحالات ، وبالازولي يلفت الانظار الى هذا الأمر ، ينشأ من اضطرابات نفسية خفية في بدئها ثم تتضح وتتفوق وتبرز في المشهد السريري .

فلا يجوز ان يقتصر الفحص على الاستقصاءات السريرية والمعاينة بالآلات بل يجب التعمق في فحص الحالة النفسية التي قادت المريض الى حالته المرضية . وتوصلًا الى معالجة رشيدة لا بد من النظر في امرين نوع العنة وسببها .

١ً — انواع العنة : قد تستولي العنة على جميع ادوار العمل التناسلي : الشهوة والنعوظ والدفق واللذة فالاستجواب يمكننا من معرفة كل من هذه الانواع وادراك صفته الغريزية او النفسية : مثال على ذلك يشكو لنا الشخص ان نعوظه يزول متى اراد الجماع ولكنه يشعر بنعوظ في الصباح وفي حضرة النساء فعنته نفسية وليست عضوية لانها لو كانت عضوية لما حصل النعوظ عنده مطلقاً ولان نعوظه لا يزول الا متى فكر في الجماع وخشي ألا يستطيع اتمامه .

٢ً — اسباب العنة : عضوية او وظيفية، ونفسية .

آ : الاسباب العضوية او الوظيفية : لنذكر العنة في المصابين بقصور الخصية الصريح (اشخاص لم تبدُ فيهم علامات البلوغ) والعنة الانسمامية (الداء

السكري والامراض الانتانية) والعنة بآفة المراكز العصبية (السهام «tabès») والعنة بعائق آلي (تصلب الاجسام الكهفية) والعنة بآفة الاحليل الخلفي وغدده (التهاب الشنخوب «veru montanite» او التهاب الموثة «prostatite»)

ان هـذه الاسباب الوظيفية او العضوية نادرة وتسهل معرفتها بفحص المريض فحصاً كاملاً ومعالجتها تقوم بمكافحة السبب .

ب : الاسباب النفسية : هي اكثر حدوثاً واكبر شأناً. يعلم بالاستجواب ما اذا كانت العنة قد بدأت فجأة او تدريجياً وما اذا كانت ثابتة منـذ ان بدأت او متقطعة وما اذا كانت عقبت حالة تناسلية طبيعية او ظهرت منذ بدء البلوغ فلا بدّ من تصنيف المرضي زمرتين : الاولى من ظهرت عنتهم بعد دور طبيعي وبعد انخابوا في احدى مجامعاتهم. والثانية من كانت حالتهم النفسية سبب هذه الخيبة .

قد يخيب الشخص مرة في حياته التناسلية وقـد تتكرر هـذه الخيبة بفواصل بعيدة وليس لهذا الامر شأن يذكر اذا كان توازن الشخص العصبي حسناً ولكن اذا خاب شخص في حياته التناسلية مرة واحدة وكان سريع التأثر ساده القلق وساوره الهم وقـد تكون خيبته هـذه الواحدة سبب عنته ومنشإها .

ليس في ذاتية العمل الجنسي ما يستدعي الاهتمام وانشغال البال . على ان القلق (الخوف من الامراض الزهرية) قد يكون سبب الخيبة او يجعل لخيبة طرأت عرضاً قيمةً لا تستحقها فتزول من ذهن المريض جميع الظروف التي سببت الخيبة وتبقى الخيبة وحدها ماثلة امام عينيه . ان الشخص الصحيح

متى بلغ ظهر فيه ميل غريزي يحمله على المناسبة التناسلية فتتبع نظاماً واحداً لا تشذ عنه في الجميع . ويشتد هـذا الميل بالتفاعـلات الحواسية (النظر واللمس والخ .) حيث لا تلعب الارادة والآلية النفسية الا دوراً خفيفاً .

اما في المريض فان تتابع هذه الادوار لا يستطاع وقوعه لان التفاعلات الحواسية تنهي ويظهر هذا النهي في جميع ادوار العمل التناسلي في البدء (فتزول اللذة) او في سياق النعوظ او في زمن الدفق .

وينتحل المريض لخيبته عذراً وسبباً فيضرب اخماساً باسداس وينتهي به الامر فينسب خيبته الى جلد عميرة والافراط في المناسبات التناسلية السابقة والامراض الزهرية التي اصيب بها في الماضي فيتمثل امامه عقبة يصعب عليه اجتيازها ويحار الطبيب في امره ولا يستطيـع معرفـة السبب الاول الذي كان مصدر الداء غير انـه يعلم حق العلم انه مـا من سبب من الاسباب التي يرويها المريض كاف وحده لاحداث العنة .

وهنالك امر آخر لا بدّ من النظر اليه فان المرأة بوضعها وتفاعلها وشبقها الشديد قد تكون سبباً كبيراً في ازدياد العنة فيجب ان تراعى في المعالجة جميع هذه الامور فبعد ان تطرح الاسباب العضوية او الوظيفية التي قـد تكون سبب العنة يلتفت الى نفسية المريض ويسعى الى التأثير فيها بعد تحليلها تحليلًا دقيقاً

فبعد ان يقف الطبيب على سير العنة وازديادها يترتب عليه ان يطلع المريض على النمط الذي يتم به العمل التناسلي الطبيعي ويوضح له تتابع ادواره ويفهمه ان افكاره الناهية هي سبب خيبته بقطعها سياق هذه الادوار ويقول

(بالازولي) يجب ان يمحى من ذهن المريض ما قد يعتقد انه سبب الخيبة .

ويميل المريض من نفسه الى تحري السبب على الرغم من تحذير الطبيب فيستيقظ فيه حب الاستطلاع وينمو فتضر تعليلاته التي يتصورها بحالته التناسلية وتتعاقب الافكار عليه وتتابع الاستنتاجات فلا يستطاع محوها من ذهنه بل تبقى عقبة في سبيل شفائه ولا يستطاع التغلب عليها الا متى بين له خطأها .

وعلى الطبيب وحده ان يعرف بالاستجواب والاستقصاء الدقيقين حالة المريض النفسية حين محاولة المقارنة وعليه ايضاً ان يعلم سبب الخيبات المكررة وقد يكون بعيداً جداً ويشرحه للمريض وعلى المريض ان يطيع طاعة عمياء سائراً في مناسباته التناسلية المقبلة على ما يرسمه له الطبيب من خطة جديدة وغير معلل او مستنتج استنتاجات قد تكون شديدة الضرر وقد تبقيه في حالته السيئة. والعنة في معظم الحالات تشفى وشفاؤها سهل متى عرف سببها وأظهر للمريض ووجهت المعالجة الى مكافحة هذا السبب .

❀❀❀

الدوتيريوم

او

« الهدرجين الثقيل »

(٢)

للعليم في الصيدلة والكيمياوي صلاح الدين مسعود الكواكبي

ولكن لما كانت كونتمات القدرة التي يطلقها الكهرب في الابتداء غيرها في الانتهاء وهو يتنقل من فلك الى آخر اكثر قرباً من النواة وكان نصف القطر في الفلك الاول غيره في الفلك الاخير نتج ان الكونتمات ليست هي جداء (هـ) ذلك العدد الثابت، في تواتر المشع. على هذا فالقدرة المنطلقة حين سقوط كهرب من اللانهاية على فلك التوازن الساكن يجب ان تخضع للدستور :

$$\text{قدʹ} = \text{ن هـ} \frac{\text{نʹ}}{٢} \quad \ldots\ldots\ldots\ldots (٧)$$

ومن المعادلات (٥ ، ٦ ، ٧) يستنبط

$$\text{قدʹ} = \frac{٢ \pi^{٢} \text{ذ} \, \text{شح}^{٢} \, \text{شحʹ}^{٢}}{\text{هـ}^{٢}} \times \frac{١}{\text{ن}^{٢}} \quad \ldots\ldots (٨)$$

$$٢ \, \text{رʹ} = \frac{\text{ن}^{٢} \, \text{هـ}^{٢}}{٢ \pi^{٢} \, \text{ذ} \, \text{شح} \, \text{شحʹ}} \quad \ldots\ldots\ldots\ldots (٩)$$

فكمية القدرة المنطلقة من الكهرب حينما يمر من دائرة مرتبتها (م) الى اخرى اصغر، مرتبتها (مʹ) وفقاً للمعادلة رقم (٨) يجب ان تكون والحالة هذه خاضعة للدستور :

$$\text{تفا قد}_{\text{م م}'} = \text{قد}'_{\text{م}'} - \text{قد}'_{\text{م}} = \frac{٢\,\pi^{٢}\,\text{ذ}\,\text{شح}^{٢}\,\text{شح}'^{٢}}{\text{ه}^{٢}}\left(\frac{١}{\text{م}'^{٢}} - \frac{١}{\text{م}^{٢}}\right) \ldots\ldots (١٠)$$

هذه القدرة التي يطلقها الكهرب وهو يسقط نحو النواة تتجلى بمظهر النور والأصح ان القدرة الاشعاعية المنطلقة من الجوهر ووضوح الخطوط الطيفية تدل دلالة واضحة على ان اطوال الامواج الكهرطيسية الناتجة على هذه الصورة، معينة تماماً. اما التواتر فيخضع لدستور بوهر:

$$\text{ه تو}_{\text{م}-\text{م}'} = \text{تفا قد}_{\text{م م}'} = \text{قد}'_{\text{م}'} - \text{قد}_{\text{م}} \ldots\ldots\ldots (١١)$$

ومن جميع هذه المعادلات (من ٥ الى ١١) وبعد تبديل شح بما يساويها (ن شح ') تستنتج المعادلة الآتية:

$$\text{تو} = \frac{\text{سر}_{(\text{النور})}}{\text{طم}} = \frac{٢\,\pi^{٢}\,\text{ذ}\,\text{شح}'^{٤}}{\text{ه}^{٣}} \times \text{ن}\left(\frac{١}{\text{م}'^{٢}} - \frac{١}{\text{م}^{٢}}\right) \ldots\ldots (١٢)$$

التي لها شأنها لإمكان مراقبة صحتها بالتجربة (*) على ان تكون $\text{سر}_{(\text{النور})}$

(*) $$\text{تو} = \frac{٢\,\pi^{٢}\,\text{ذ}\,\text{شح}'^{٤}}{\text{ه}^{٣}} = \frac{٢\,\pi^{٢}\,\text{شح}'^{٥}}{\text{ه}^{٣}\,\frac{\text{شح}'}{\text{ذ}}}$$

فاذا وضعت قيم الحروف مكانها ($\text{شح}' = ٤{,}٧٧٤ \times ١٠^{-١٠}$ ، $\text{ه} = ٦{,}٥ \times ١٠^{-٢٧}$ ، $\frac{\text{شح}'}{\text{ذ}} = ١{,}٧٦٧ \times ١٠^{٧}$) نحصل:

$$\text{تو} = ٣{,}٢٩٤ \times ١٠^{١٥}$$

والقياسات الطيفية الدقيقة انتجت $\text{تو} = ٣{,}٢٩٢ \times ١٠^{١٥}$ وهي القيمة التي مر ذكرها في الكلام على المعادلة رقم «١» مما يؤيد صحة نظرية بوهر

رمزاً لسرعة النور و (طم) لطول الموج و (ن) للعدد الجوهري .

ففي طيف الهدرجين وعدده الجوهري ١ يجب ان ترى خطوط تواترها يخضع للدستور رقم (١٢) بوضع العدد ١ مكان (ن) . وهذا ما ايده الواقع . فلقد شاهد بالمير في طيف الهدرجين خطوطاً ممتدة من الاحمر الى ما فوق البنفسجي ينطبق تواترها على الدستور رقم (١) :

$$\text{تو} = \frac{\text{سر (النور)}}{\text{طم}} = \text{تر} \left(\frac{١}{٢^{٢}} - \frac{١}{\text{م}^{٢}} \right)$$

كما ذكرنا آنفاً حيث يجب ان توضع مكان (م) ارقام ٣ ، ٤ ، ٥ . . . الخ

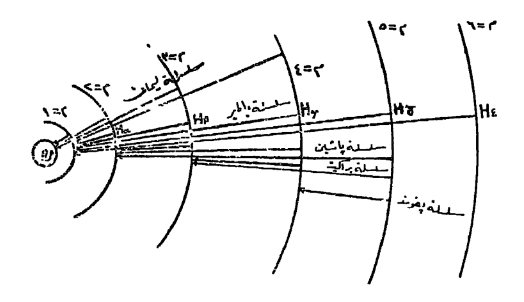
اما (تر) فهي ثابتة ريدبرغ التي تدخل في حسابات اشعة رنتكن وقيمتها الصحيحة هنا هي كما سبق $٣٢٩٠٣٣,٠٧ \times ١٠^{١٠}$.

على ان للهدرجين (عدا عن طيف بالمير هذا الذي هو السلسلة الاساسية لخطوطه الطيفية) طيفاً ثانوياً يتألف من سلسلة خطوط ليمان Liman بتواتر $\text{تو} = \text{تر} \left(\frac{١}{١^{٢}} - \frac{١}{\text{م}^{٢}} \right)$ وتنتج من سقوط كهرب واحد على الدائرة رقم ١ ومن سلسلة خطوط پاشين Paschen بتواتر :

$\text{تو} = \text{تر} \left(\frac{١}{٣^{٢}} - \frac{١}{\text{م}^{٢}} \right)$ وتنتج من سقوطه على الدائرة ٣ (شكل ١)

ويشاهد هذا الطيف الثانوي اذا زيد في ضغط الغاز او قوة الافراغ الكهرباوي في انبوبة بلوكر وهو يختلف كل الاختلاف عن الطيف الاولي حتى اذا بلغ تهييج الانبوبة المملوءة به حداً معلوماً قام في (الطيف الثانوي) مقام الخطوط الاربعة الجميلة في الطيف الاولي ، بضع مئات من الخطوط

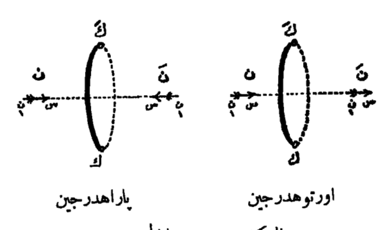
الدقيقة مما يوهم للرائي كأنه طيف مستديم . لكن العالم مه لـ (Mecke) الذي اكب على رصد هذه الخطوط وتعمق في درسها برهن اخيراً (سنة ١٩٢٤) على وجود تناوب (alternance) منتظم لخط شديد وخط آخر ضعيف . فانبرى انظاريو معهد صمرفلد بعد هذه النتيجة الى درس هـذا



الشكل ١ — خطوط سلاسل بالمير وليمان وپاشين

الطيف الثانوي درساً رياضياً وعللوه اخيراً بدوران ذرة الهدرجين نفسها، بأن كل خط من الخطوط الطيفية ينبعث كلما انتقلت الذرة من حالة دوران الى اخرى مختلفة اقل منها قدرة . فالخطوط الشديدة والخطوط الضعيفة المرئية في الطيف الذري للهدرجين التي يظهر للوهلة الاولى كأنها ذات منشأ مستقل ، قالوا انها ناجمة من ذرتين مختلفتي البناء (پارا) و (اورتو) كما هو ظاهر بالصورة الرمزية(شكل٢).وذلك ان النواة الايجابية لكل جوهر متحركة بحركة دورانية تعادل تياراً يمنحها عزماً مغناطيسياً كما لو كانت

مغناطيساً صغيراً . ولما كانت ذرة الهدرجين مؤلفة من اجتماع جوهرين (على الاقل) امكن لعزمي النواتين المغناطيسيين ان يتجها إما على جهتين متوافقتين او على جهتين متناقضتين . وعلى هذا يمكن ان يلاحظ لذرة الهدرجين H^2



اورتوهدرجين باراهدرجين

الشكل ٢ — نوعا الهدرجين

ن ، نَ — رمز لكل من النواتين للجوهرين اللذين تتألف منهما الذرة .
ك ، كَ — رمز لكل من الكهربين المرتبطين بهما على التناظر وهما يدوران في مستو عمود على الخط الواصل بين النواتين وللذرة نفسها محور دوران افقي في هذا المستوى. س، ن — يدلان على اتجاه عزمي النواتين المغناطيسيين .

نوعان من الانواع الشكلية حسبما تكون النواتان دائرتين على جهة واحدة او على جهتين متناقضتين حول محور عمود على سطح الذرة الاستوائي. ففي النوع الاول (نوع اورتو) يكون العزمان المغناطيسيان متجهين شطر جهة واحدة لدوران النواتين على جهة واحدة حول محور عمود على سطح الذرة الاستوائي . وفي النوع الثاني (نوع بارا) الاقل ثباتاً يكونان على طرفي نقيض لدوران النواتين على جهتين متعاكستين حول السطح الاستوائي . والنواتان في كلتا الحالتين تمسكهما قوة جذب الكهربين ك ، كَ

الدائرين في الفلك ذاته .

فالخطوط الطيفية المنبعثة من ذرة نوع (البارا) والحالة هذه هي الضعيفة (اقل شدة ثلاث مرات) . وبذلك يتأيد ان الهدرجين الاعتيادي ما هو الا مزيج من هذين النوعين الذريين ربعه من (البارا) وثلاثة ارباعه من (الاورتو) .

٢ — *حرارة الهدرجين النوعية* . — ان التجارب التي قام بها العلماء لتقدير حرارة الهدرجين النوعية دلت على شذوذ آخر دعاهم الى تعليل نظري انتهى بفصل الباراهدرجين كما سنرى .

من المعلوم ان نظرية النغضان الذري للغازات تقضي باعتبار الغازات مؤلفة من ذرات منفصل بعضها عن بعض ولكل منها نغضان سريع جداً (*) بحيث تكون قدرة النغضان الوسطى لكل ذرة من الذرات :

$$\frac{٣}{٢} \text{ ثا ت}$$

على ان تكون (ثا) رمزاً لثابتة بولتسمان Boltzmann وقيمتها ١,٣٧ × ١٠

و (ت) رمزاً للحرارة المطلقة .

اما لأجل ذرة غرامية فيجب ضرب هذه الكمية برقم افوغدرو « ن » الذي هو ٦,٠٦ × $١٠^{٢٣}$. وعلى ذلك ينتج :

$$\frac{٣}{٢} \text{ ر ت}$$

(*) انظر ما كتبناه عن هذه النظرية في مجلة المعهد الطبي م ١٠ ج ٧ ص ٤٣٤ وما يليها وكتاب الكيمفيزياء للاستاذ وينيارون ص ١٩ — ٢٥ وكتاب الحرارة الحركية للاستاذ لودوك ص ٣١٨ — ٣٢٠

على ان تكون «ر» رمزاً لثابتة الغازات الكاملة وقيمتها ٨٫٣٢ × ١٠^٧ أرغة
فلنفرض الآن ان الحرارة المعطاة للغاز في حجم ثابت تنصرف لتزييد
قدرة نغضانه . هذه القيمة هي الحرارة النوعية لهذا الغاز في حجم ثابت .
ولقد تأيد بالتجربة ان هذه القيمة هي قيمة الحرارة النوعية ت(نوعية) للغازات
الوحيدة الجوهر وانها لا تخضع للحرارة « اي هي مستقلة تمام الاستقلال
عن الحرارة » :

$$ت_{(نوعية)} = \frac{٣}{٢} ر$$

هذا لاجل درجة واحدة من الحرارة وهي السعة الحرارية الذرية في
حجم ثابت مقدرة بواحدة العمل ، اما اذا قدرت بواحدة الحرارة فينتج :

$$\frac{٣}{٢} \times \frac{ر}{جو} = ٢,٩٨ \text{ سعراً}$$

كما وجدت في غاز الارغون بالتجربة .

اما الحرارة النوعية للغازات الثنائية الجوهر فهي اعظم من هذه القيمة
وتساوي في الهدرجين $\frac{٥}{٢}$ ر في درجة الحرارة الاعتيادية .

هذا الاختلاف بين القيمتين الحقيقية ت (نوعية) والنظرية $\frac{٣}{٢}$ ر لبث مدة
طويلة معزواً الى قدرة دوران الذرة وسمي بالحرارة النوعية الدورانية :

$$ت_{(دوران)} = ت_{(نوعية)} - \frac{٣}{٢} ر$$

فاذا كانت ذرة الهدجين تحتاج في رفع سخونتها درجةً واحدةً ، الى
حرارة اكثر مما تحتاج اليه ذرة الارغون مثلاً ، فذلك لانه عدا عن سرعة

النقصان يحتاج الى تزييد شدة الحركة الدورانية الداخلية لذرة الهدرجين H^2 وعليه :

$$ت_{(دوران)} = ر\ س^{٢} \frac{تفا^{٢}\ (\ لغ_{ى}\ كم\ )}{تفا\ س^{٢}}$$

على ان تكون « ر » رمزاً لثابتة الغازات الكاملة و « كم » رمزاً لمجموع الحالات لبلانك و $س = \frac{١}{ثات}$ ، ت = الحرارة المطلقة .

هذا وللذرة بحالة الدوران معادلة تابعية خاصة بها وفقاً لقواعد ميكانيك الموجان لا تحقق الا اذا اكتسبت ، احدى قيم قدرة الدوران قد $_{(دوران)}$ المحدودة بالمعادلة :

$$\frac{٨\ \pi^{٢}\ عز}{ه^{٢}}\ قد_{ثا} = ثا\ (\ ثا + ١\ )$$

على ان تكون عز رمزاً لعزم عطالة الذرة و ه رمزاً لثابتة بلانك « انظر المعادلة رقم ٤ » .

وقد تمكن شرودينغر Schrodinger وهوند Hund الاختصاصيان بميكانيك الموجان سنة (١٩٢٤ — ١٩٢٧) من اراءة تحولات ت (دوران) هذه ولكن باعطائهما «عز» قيماً بين ١ و ١،٥ × $١٠^{-٤١}$ اي قيماً مختلفة جداً عن القيمة التي وجدها هوري Hori بالتجربة «سنة ١٩٢٧» من ابعاد الخطوط لشريط طيفي واحد وهي عز = ٤،٦٧ × $١٠^{-٤١}$

« للبحث صلة »

الجزء ٢ المجلد ١١



دمشق في حزيران سنة ١٩٣٦ م الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٥ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ١٤ نيسان ١٩٣٦

قدمت فيها التقارير التالية :

١ً -- العليم بريكستوك احصاء عن حصيات المثانة المعالجة في مستشفى فيكتوريا بدمشق ما بين السنوات ١٩٢٢ - ١٩٣٥ وهو يشتمل على ٤٣ حصاة منها ٢٩ استخرجت بخزع المثانة فوق العانة و ١٤ بالتفتيت وقد خيطت المثانة في ٢٥ حادثة منها ووقعت الوفاة مرتين الاولى في ورم مثاني رافق الحصاة فكان سبب الوفاة والثانية في امرأة كانت مصابة بالتهاب المثانة الشديد الحدة وكانت حصاة مثانتها قد تكونت على قطعة زجاج اثر انكسار مسبار زجاجي فيها منذ بضعة اشهر .

٢ً — العليم ساره : احصاء عن حصيات المثانـة المعالجة في المستشفى الايطالي بدمشق خلال خمس عشرة سنة منذ السنة ١٩٢١ ـ ١٩٣٥ يشتمل

على ٥٧ حصاة استخرجت جميعها بخزع المثانة فوق العانة وقد اغلقت المثانة في الكهول وفجرت في الاطفال ولم يمت الا طفل واحد بالتهاب القصبات والرئة .

٣ — العلمان مرشد خاطر ونظمي القباني : ثلاث حادثات انثقابات الامعاء بمرام نارية اجري التوسط الجراحي الباكر فيها وشفيت :

الاولى بمرمي بندقية دخل الخاصرة اليسرى فاخترق اربع عرى معوية وكان عدد الثقوب التي احدثها ثمانية واخترق الماساريقا ايضاً فقطع شرياناً كبيراً فيها واحدث نزفاً غزيراً في البطن وقد خيطت الثقوب الثمانية وفوغرت عروة معوية في مكان بدت فيه لمعة المعى ضيقة بعد الخياطة مع العروة التي تحتها واغلق البطن طبقة واحدة بلا تفجير .

والثانية بمرمي بندقية ايضاً دخل الحفرة الحرقفية اليسرى فثقب السين الحرقفي ثقبين وعروة دقيقة ثقبين آخرين وقد سدت الثقوب كفم الكيس واغلق البطن طبقة واحدة بلا تفجير .

والثالثة بمرمي مسدس دخل الناحية الحرقفية اليمنى وثقب الصائم اربعة ثقوب والمثانة ثقبين وقد قطعت العروة المثقبة وخيط المعى خياطة انتهائية انتهائية وخيطت المثانة واغلق البطن بلا تفجير وعلى الرغم من حدوث فلغمون غازي في جدار البطن فان الصفاق (الباريطون) لم يلتهب وقد شفي الجرحى الثلاثة .

ويعتقد المؤلفان ان الشفاء عائد الى التبكير في التوسط . الجراحي الذي اجري في الساعات الثلاث الاولى

٤ً -- العليم نجم الدين الجندي : حادثة محتملة من داء الشعريات المبزرة — بدت في المريض ادران وصموغ عديدة منتشرة في البدن ولم يكشف الفطر بالمعاينة المقصودة ولم يستطع اجراء التفاعل المصلي لفقد الوسائط غير ان المريض شفي باليودور .

٥ً — العليمان حسني سبح ونجم الدين الجندي : المداواة المصلية الوافرة في ذات السحايا الدماغية الشوكية يشتمل هذا التقرير على خمس حادثات عولجت باستخراج السائل الدماغي الشوكي والحقن بمصل متعدد القوى مضاد للمكورات السحائية من مستوصف باستور مقداره معادل لكمية المصل المستخرجة فشفي المرضى الخمسة بلا عقابيل .

٦ً — القى امين السر العام العليم ترابو خطاباً مودعاً الرئيس العليم بريكستوك بمناسبة عودته الى انكلتره وذاكراً ما تحلى به من الصفات الحميدة فاجاب الرئيس شاكراً .

١ ـ جدول حصيات المثانة المعالجة في مستشفى

فيكتوريا بدمشق من السنة ١٩٢٢ — ١٩٣٥

للعليم بريكستوك جراح المستشفى الانكليزي

ترجمها العليم مرشد خاطر

اني آسف لضياع مذكراتي في الحرب العامة عن اكثر من مائتي حصاة مثانية وقد عولج اكثرها بالتفتيت وكان وزنا كبرها حجماً ٣٧٥ غراماً . والآن اقدم لكم جدولاً بالحصيات التي عولجت في مستشفى فيكتوريا

منذ السنة ١٩٢٢ - ١٩٣٥ وعددها ٤٣ منها ٢٩ استخرجت بعد خزع المثانة فوق العانة و١٤ بالتفتيت .

وقد خيطت المثانة في ٢٥ حادثة من الحادثات التسع والعشرين التي خزعت فيها المثانة وفجرت في اربع حادثات فقط .

وكانت المدة التي مرت على تكون الحصيات حيث خيطت المثانة خمس سنوات واما في بعض من فجرت مثاناتهم فقد بلغت ثماني وثلاثين سنة ونصف سنة .

وكانت مدة الاستشفاء في الحوادث المخيطة تسعة عشر يوماً ونصف يوم وفي الحوادث المفجرة تسعة وعشرين يوماً .

وتتراوح اعمار المرضى الذين عولجوا بالتفتيت بين سنتين وسبعين سنة واما مدة استشفائهم فكانت ثلاثة ايام ونصف يوم .

ولم نصادف الا وفاتين نشأت الاولى من ورم خبيث في المثانة والثانية من التهاب شديد وكانت الحصاة قد تكونت في عقب قطعة زجاج بقيت في المثانة أثر انكسار مسبار فيها منذ بضعة اشهر .

واننا نذكر ان ثلاث حادثات نكست فيها الحصاة بعد خزع المثانة فوق العانة فعولجت في هذه المرة الثانية بالتفتيت . ونذكر ايضاً حادثة استخرجت الحصاة فيها بعد خزع المثانة بطريق العجان وحادثة اخرى بعد خزعها بطريق المهبل .

المناقشة :

العليم نظمي القباني : ان احدى الوفاتين اللتين ذكرتهما حدثت أثر تفتيت

الحصاة في امرأة كانت مصابة بالتهاب المثانة الشديد الحدة واني ارى ان خزع المثانة وتفجيرها كان مفضلاً في هذه الحالة ولعلّ المريضة كانت نجت لو اجري هذا التوسط الجراحي .

العليم بريكستوك : بما ان المريضة امرأة وبما ان الاحليل قصير ومتسع في النساء فانني اعتقد ان تفجير المثانة كافٍ به .

العليم يوسف عرقتنجي : يخيل اليّ ان حصيات المثانة هي الآن اقل عدداً منها قبل الحرب ولعلّ لداء المتحولات (l'amibiase) البولي بعض الدور في تكوّن الحصيات كما ان للمعالجة الاميتينيــة التي اصبحت اكثر استعمالا واتقاناً في ايامنا بعض الفعل في تقليل هذه الرمال البولية .

العليم سوليه : اننا وصفنا مع العليم شفاليه من حلب بعض حادثات من داء المتحولات البولي فلم يجارنا اعضاء الجمعية التي رفعنا اليها تقريرنا في رأينا بل خالفونا به قائلين ان المتحولات التي صودفت في البول هي ولا شك متحولات بلس (Bels) وليست المتحولات الحالّة ومع ذلك فلست انكر ان للامتين تأثيراً حتى في هذا النوع من المتحولات .

العليم ترابو : مهما يكن فان حوادث داء المتحولات البولي نادرة ولا يصح ان ننسب اليه تكون الحصيات الكثيرة الحدوث ولا ان نعزو للامتين فعلاً في انقاصها .

العليم مرشد خاطر : كنا نود لو ان التقرير جاء فيه ذكر الاماكن التي اتى منها المحصيون لنقابلها مع المصادر التي جئنا على ذكرها في تقريرنا .

. . . .

٢ ــ احصاء الحصيات المثانية المصادفة في المستشفى

الايطالي بدمشق خلال ١٩٢١ ـ ١٩٣٥

للعليم ساره

ترجمها العليم مرشد خاطر

بلغ عدد الحصيات التي صادفناها وعالجناها في المستشفى الايطالي بدمشق في خلال خمس عشرة سنة (١٩٢١ ـ ١٩٣٥) ٥٧ حصاة . وهي جميعها في الذكور وتكاد تكون كلها في الاطفال (ما بين ٢ ـ ٥ سنوات) واما الاماكن التي جاء منها المحصيون فهي حوران وجبل الدروز والزبداني وبلودان والغوطة وقرى جبل الشيخ .

واصغر ولد رأيناه كان عمره ١٥ شهراً وقد احتمل العملية الجراحية جيداً واكبر شخص شاهدناه كان عمره ٧٥ سنة وكان مصاباً بضخامة الموثة فخزعنا مثانته لاجراء الزمن الاول واستخرجنا من قعر مثانته الواسع زهاء خمسين حصاة فوسفاتية مختلفة الحجوم .

وقد صادفنا في بدويين سنهما ٢٥ و ٣٠ سنة حصاتين الواحدة منهما بحجم بيضة الدجاجة الكبيرة وقد احتملا حصاتيهما منذ الطفولة ولم يتألما منهما تألماً شديداً ولم تؤثرا في حالتيهما العامتين. غير ان تحمل الحصيات كان شاقاً في الحصيات الصغيرة الشائزة التوتية الشكل . والحصيات في الاطفال ما بين ٢ ـ ٦ سنوات كانت في الغالب مفردة ونادراً مزدوجة .

وقد استخرجنا هذه الحصيات جميعها بخزع المثانةفوق العانة ولم نصادف صعوبة في اجراء هذه العملية الا في الحصيات الكبيرة الحجم التي استدعت تفريق الصفاق (الباريطون) عن المثانة وشقها شقاً كبيراً . واحدى هذه الحادثات كانت في ولد عمره عشر سنوات فبعد ان خزعت مثانته لم اتمكن من استخراج حصاته التي كانت تشغل عنق المثانة وتغور في الاحليل بالطريق فوق العانة فاضطررت الى اتمام العملية بالطريق العجاني .

وكنت اغلق المثانة عادة في الكهول (الا متى كانت حالة عفنة في المثانة تستدعي التفجير) واضع ذبالة غزي (شاش) في رتزيوس وقاثاتيراً في الاحليل . وجربت الاغلاق في الاطفال ايضاً بعد وضع مسبار في الاحليل او بدونه فرأيت ان عدداً قليلاً منهم كانوا يستطيعون البول فوراً بعد العملية وكان المسبار الاحليلي ينسد بسهولة لدقته او يخرج من المثانة بحركات الطفل الدائمة فعدت الى التفجير فوق العانة بمسبار ثخين فدقيق فأدق وكنت اعيض عنه في النهاية بقاثاتير احليلي حتى يتمّ اندمال المثانة .

والتخدير الذي استعملناه في جميع الحصيات كان تخديراً عاماً بالايثر . وكانت العمليات سليمة في الغالب ومع ذلك فقد فقدنا ولداً عمره اربع سنوات في مساء يوم العملية مع ان عمليته كانت سهلة باعراض ألب (hyperthermie) شديد (حمى ٤٢) وشحوب وجه وهي عارضة خطرة لم يستطع تعليلها حتى الآن غير ان جراحي الاطفال يعرفونها حق المعرفة . وقد فجرت مثانة هذا الطفل بالطريق الخثلي ولم ينسد مسباره ولم تكن في سوابق المريض برداء او امراض اخرى ولم يكن في بوله او قلبه او رئتيه شيء يستحق الذكر .

وولدان آخران تعرقلت عمليتاهما بالتهاب القصبات والرئة فنجا احدهما ومات الآخر. ولم نصادف اختلاطات عفنة موضعيـة خطرة في مبضوعينا (فلغمونات رتزيوس او التهابات لحمة الحوض والخ)

وقد نكست الحصيات في ثلاثة اطفال فاستخرجنا حصياتهم الجديـدة بعد مدة . وطفـل رابع عمره اربع سنوات كانت حصاته كبيرة عجينية فاستخرجناها وكان بوله قلوياً فلم تنغلق مثانتـه في العملية الاولى حتى تكونت حصاة جديدة متصفة بصفات الحصاة السابقـة فاستخرجناها بعـد توسيع الشق السابق واشرنا باستعمال معالجة دوائية مديدة لتحميض بوله .

واذا كانت قد استرعت نظري في سياق ممارستي الجراحية في سورية كثرة الحصيات المثانية في الاطفال (وجميعهم من العرب) وكان تكـون الحصيات فيهم يعود الى اسباب مائية او غذائية والخ . فقد استرعت نظري ايضاً ندرة الحصيات المثانية في البنات الحديثات السن . ولعل السبب قصر الاحليل واتساعه وسهولة انطراح الرمال حين تكونها وقبل ان يكبر حجمها فتنقلب حصى .

المناقشة :

العليم ترابو : ان ندرة الحصيات المثانية في البنات الصغيرات يكون سببه تشريحياً اي قصر الاحليل ومرونته وسهولة انطراح الرمال منه كلما تـكونت اذا ثبت في العالم قاطبةً ان البنات اقل تعرضاً لحصيات المثانة من الصبيان .

العليم مرشد خاطر : لقد تحققنا هذا الفرق بدورنا فاننا في المستشفى العام لم نصادف الا حصاتين مثانيتين في الاناث من ١٤٢ حصاة .

العليم يوسف عرقتنجي : صادفت في ولد عمره ١٥ شهراً قبل الفطام حصاة بحجم البندقة فهل صادف احد الزملاء مثلها في الرضع ؟

العليم مرشد خاطر : ان اصغر ولد صادفناه كان عمره ١٨ شهراً غير اننا لا نذكر ما اذا كان قد فطم ام لا .

٣ ـ ثلاث حادثات انثقابات الامعاء بمرام نارية

توسط جراحي باكر — شفاء

للعليمين مرشد خاطر ونظمي القباني

ان جروح البطن النافذة والثاقبة بمرامي الحرب العامة النارية نادرة في زمن السلم غير ان الاضطرابات التي مرت بها سورية مكنتنا من مشاهدة عدد ليس بالقليل من جرحى البطن بمرامي البندقيات الحربية . وبما اننا صادفنا حادثتين اخيرتين منذ قليل من الزمن وتوسطنا فيهما توسطاً باكراً وكلل التوسط بالنجاح رغبنا في نقل مشاهدتيهما اليكم والمجيء على مشاهدة ثالثة من هذا النوع لا تقل عنهما فائدة صادفها احدنا في السنة ١٩٣٤ وكان جرحها محدثاً بمرمي مسدس .

المشاهدة الاولى :

نقل المدعو ياسين بن ريحان الداية وعمره ٢٥ سنة في الساعة ١٥,٣٠ من ٢١ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ الى المستشفى العام بعد ان اصيب منذ ربع ساعة بمرمٍ ناري نافذ في خاصرته اليسرى .

المعاينة : اعراض الصدمة الجرحية : النبض ١٠٠ الحرارة ٣٦ ، البطن متقفع تقفعاً شديداً عند مدخل المرمي وتقفعاً خفيفاً في الارجاء الاخرى ، النفس سريع ، اطراف باردة فكوفحت اعراض الصدمة بحقنه بالبنين والمصل الغريزي الدافىء واستدعي احدنا الى اسعافه فاشار بنقله الى دار العمليات لضرورة التوسط السريع ولم يكن قد مرّ على وصوله اكثر من نصف ساعة .

العملية : خدر الجريح تخديراً عاماً بالايثر وفتح بطنه على الخط المتوسط بشق طوله زهاء ١٥ سنتمتراً وقعت السرة في منتصفه فما ان شق الصفاق (الباريطون) حتى تفجر من جوفه دمٌ غزير احمر . وبعد استقصاء عاجل تبين ان الدم آتٍ من شريان ماساريقي كان قد قطعه المرمي بعد ان اخترق الماساريقا من جهتها الواحدة الى الاخرى فربط الشريان ونظف جوف الصفاق مما فيه من الدم السائل والمتخثر وهو زهاء لتر ونصف ثم استقصي في الامعاء جميعها فبدت اربع عرى دقيقة منثقبة وفي كل منها ثقبان (مدخل ومخرج) فكان مجموع الثقوب ثمانية وأحدها منفجر مشرشر فخيطت جميعها وطمرت طبقة الخياطة الاولى بخياطة مصلية مصلية غير ان احد هذه الثقوب كان منفجراً كما قلنا فافضت خياطته الى تضييق لمعة المعى فرجح اقتصاداً بالوقت وتخفيفاً لوطأة الصدمة الجراحية ان تفاغر العروة فوق الانثقاب عما تحتها مفاغرة جانبية جانبية ثم جفف جوف الصفاق جيداً ومسحت العرى بقليل من الايثر حتى لم يبقَ عليها اثر لسائل الامعاء الذي كان قد انصب من الثقوب وامتزج بالدم النازف وخيط جدار البطن طبقة واحدة بخيوط شبه

(برونز) بلا تفجير وبعد ان رممت آفات الاحشاء هذه نضر مدخل المرمي في الخاصرة اليسرى وخيط ونقل المريض الى فراشه وحقن وريده بلتر من المصل الغريزي الدافىء وقوي قلبه بالزيت المكوفر فتحسنت حالته

بعد العملية

	النبض	الحرارة صباحاً	الحرارة مساءً
٢١ كانون الثاني	١٠٠	٣٨	٣٨
٢٢ » »	١٢٠	٣٨	٣٨,٥
٢٣ » »	١٠٠	٣٨	٣٨,٥
٢٤ » »	١٢٠	٣٨	٣٩

وفي هذا اليوم قاء المريض مراراً وتطبل بطنه وانحبس الغاز والغائط فغسلت معدته وحقن تحت جلده بمقويات القلب والمصل الملح ووريده بمصل غوسه الزائد التوتر وسرمه بثلاثة التار من المصل الملح بحسب مورفي فغاط وتحسنت حالته واستمر التحسن ولم يلبث ان عاد نبضه وحرارته الى الدرجة الطبيعية وفكت الخيوط المعدنية في اليوم الثالث عشر واندمل جرجه بالمقصد الاول وغادر المستشفى في ١٠ شباط معافى

المشاهدة الثانية :

ع . ا . عمره ست وعشرون سنة دخل المستشفى العام في ٢٧ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ مصاباً بمرمي بندقية نافذ للبطن فوهة دخوله في الحفرة الحرقفية اليسرى وذلك في عقب اصابته بساعة واحدة .

المعاينة — . تقفع شديد في جدار البطن ، ألم شديد في الحفرة الحرقفية

اليسرى وحفيف في النواحي الاخرى ، النبض ٩٥ تبين بفحصه بالاشعة ان المرمي في حذاء المفصل العجزي الحرقفي الايسر .

العملية : فتح البطن على الخط المتوسط وتحت السرة وبعد شق الصفاق خرجت كمية من الدم مع بعض العلقات، عوينت العرى فبدا ثقبان في السين الحرقفي وثقبان آخران في عروة دقيقة مجاورة ولم يعثر على المرمي ، سدت هذه الثقوب كفم الكيس ثم اغلق جدار البطن طبقة واحـدة وبخيوط شبه (برونز) بلا تفجير .

في اليوم الثاني كانت الحرارة بين ٣٨ و ٣٨,٥ والنبض ١١٠ وفي اليومين الثالث والرابع علت الحرارة وبلغت ٣٩ واستمرت كذلك حتى اليوم العاشر . وكان المريض خلال هذه المدة يشكو ألماً في ناحية الحفرة الحرقفية متشععاً نحو جذر الفخذ وساقه منعطفة على الفخذ وفخذه على الحوض وحركة البسط مؤلمة جداً . حقن المريض بالبرويدون في اليوم العاشر ثم في اليوم الثالث عشر وبعد الحقنة الثانية شعر بتموج عميق في ناحية الحفرة الحرقفية اليسرى دال على مجمع قيح فيها فخدر المريض وشق خراجه فخرجت كمية من القيح النتن الرائحة لا تقل عن ٣٠٠ سم٣ . وبعد فتح الخراج عوين المريض بالاشعة لتعيين مقر المرمي واستؤصل تحت الدريئة (écran) ثم نجر الجوف باحفوض . وبعد العملية بيومين اخذت الحرارة تهبط شيئاً فشيئاً حتى بلغت الدرجة الطبيعية .

المشاهدة الثالثة :

أ . ك . شاب ارمني في الخامسة والعشرين من عمره اصيب في ٢٩ نيسان

من السنة ١٩٣٤ الساعة العاشرة صباحاً بمرمي مسدس نافذ في الناحية الحرقفية اليمنى من البطن وبمرمٍ آخر في جـذر الفخذ اليمنى اخترق طرفه داخلاً وجه الوحشي وخارجاً من وجه الانسي فنقل الى المستشفى العام حيث عاينه احدنا في الساعة الحادية عشرة فوجده في حالة صدمة جرحية شديدة : نبضه خيطي ، تنفسه سريع ، زلته شديدة ، اطرافه باردة ، جسده مبلل بالعرق ، لا يكاد يجيب عن الاسئلة التي توجه اليه ، بطنه متقفع كالخشب .

فكوفحت صدمتـه بالبنين (كافئين) والادرنالين والزيت المكوفر والمصل الغليكوزي فامتلأ نبضه وخفت زلته وابطأ تنفسه بعض الابطاء ودفئت اطرافه وافاق من صدمته شاكياً ألماً في بطنه الذي بقي متقفعاً ، فثتر المريض فخرج بول مدمى فيه بعض الخثر فقرر التوسط الجراحي العاجل ونقل الى قاعة العمليات وكانت قد مرت ساعتان على اصابته فقط .

العملية : خدر المريض بالايثر وفتح بطنـه على الخط المتوسط ولم يكد يفتح الصفاق (الباريطون) حتى تدفقت من جوفـه كمية من الدم كريهة الرائحة ، عوينت الاحشاء بحسب الاصول فاذا بالعروة الانتهائية من الصائم (jèjunum) قد ثقبت ثقوباً اربعـة بعد احدهـا عن الآخر زهاء ستة سنتمترات واذا بالمواد المعوية تخرج منهـا منصبة في جوف الصفاق حيث وجدت ايضاً حيتا امعاء (ascarides) فقطعت العروة المثقبة وخيط المعى خياطة انتهائية (termino-terminale) ونظف جوف الصفاق ومسح بالايثر ثم وضع المريض في وضعة تراندلنبورغ لمعاينة مثانته فاذا بالمرمي قد اخترق قمتها محتفراً فيها تلماً نافذاً واذا بالبول يخرج منه فخيط الجرح خياطة

متقنة طبقتين وفجرت المثانة بوضع مسبار ثابت في الاحليل واغلق البطن طبقتين العميقة بخيط من الحمشة (كاتغوت) والجلدية بشعر فلورنسة بلا تفجير . ثم نضر مدخل المرمي في الحفرة الحرقفية اليمنى وقطعت العضلات المرضوضة واغلقت فوهة الصفاق وخيط الجرح بلا تفجير ايضاً .

في ٢٩ نيسان حالة المريض العامة حسنة ، نبضه ممتلىء ، تنفسه طبيعي ، حرارته ٣٧ .

في ٣٠ منه حرارة الصباح ٣٨ بعد نافض شديد وحرارة المساء ٣٩

في ١ ايار « « ٤٠ وبدت على البطن ترخمات(marbrures) منتشرة ممتدة حتى جذر الفخذ اليمنى وفرقعة غازية ولا سيما في الاقسام السفلى من البطن ، عطش شديد ، لسان جاف كالشواء ، زلة ، نبض سريع وضعيف فاستدل بهذه الاعراض على تكون فلغمون غازي في الجدار وكان البطن على الرغم من هذه الاعراض الموضعية الخطرة لا يزال ليناً غير متطبل ولا متقفع اي لم يبدُ فيه ما يدل على التهاب الصفاق (الباريطون) فاجريت شقوق اربعة على الجدار من اعلاه الى اسفله وفكت خياطة الجرح العملي الجلدية وضمدت هذه الشقوق جميعها بالمصل المضاد للغنغرينة المتعدد القوى وحقن وريد المريض بعشرين سم٣ وعضلاته بخمسين سم٣ من المصل نفسه وقوي قلب المريض بالبنين والزيت المكوفر وحقن وريده بمصل غوسه الزائد التوتر وغسل دمه بكميات وافرة من المصل الغليكوزي

في ٢ و ٣ ايار ثوبر على المعالجة نفسها فتحسنت الاعراض الموضعية تحسناً محسوساً وهجعت الاعراض العامة المزعجة جميعها .

في ٥ ايار اعترى ذرب (اسهال متصل) المريض فاستطلق بطنه ٣٠ ـ ٤٠ مرة وهو اسهال سمي المنشاء اضعف المريض ولكنه طرد سمومه فلم يكافح مكافحة خاصة بل ثوبر على المصول الآنفة الذكر وزيدت كمياتها .

في ٦ ايار وقف الاسهال واخذ المريض في التحسن

في ١٢ « نزع المسبار من الاحليل فبال المريض بولاً سهلًا

في ٢٠ « توردت جروح البطن وزال الصديد منها

ولم يبدُ مع هذه العارضة الشديدة التي عرقلت جرح المريض وكادت تقضي عليه اقل علامة دالة على التهاب الصفاق او على تفاعله بل انحصر الالتهاب في الاقسام السطحية ولا سيما النسيج الخلوي تحت الجلد ولم يتجاوزه الى الصفاق الجداري .

نستنتج من هذه المشاهدات الثلاث الامور التالية :

١ً — ان التوسط الجراحي اذا بكر في اجرائه كانت نتائجه حسنة ولو تعددت آفات الاحشاء المصابة .

٢ً — ان اغلاق الصفاق بعد ترميم الآفات ترميماً حسناً مفضل على التفجير متى بكر في العملية الجراحية ونعني بذلك متى لم يكن قد بدأ الصفاق بالتفاعل واما اذا تأخر التوسط الجراحي الى ما بعد الساعات العشر الاولى فالتفجير افضل واحصاءآت كادنه (Cadenat) وباتل (Patel) في المؤتمر الجراحي الفرنسي السادس والثلاثين تثبت هذا الامر .

٣ً — ان الصفاق اشد دفاعاً من نسج جدار البطن السطحية والعميقة لان الجدار السطحي اصيب بفلغمون غازي منتشر شديد الوطأة في مشاهدتنا

الثالثة ولان نسيج الحفرة الحرقفية اليسرى المجاور للصفاق اصيب بتجمع قيحي في مشاهدتنا الثانية يبدو ان الصفاق على الرغم من تلوثه البدئي وظهور الالتهاب اللاهوائي قربه في السطح والعمق تمكن من الدفاع عن نفسه ولم يلتهب .

٤ً — ان جروح المثانة اذا احسن ترميمها لا تشذ عن جروح الاحشاء الاخرى ويستطاع اغلاق الصفاق بعدها

٥ً — ان غسل جوف الصفاق بالسوائل المختلفة مضر ولا نفع منه حتى ان الاثير اذا جاز استعماله كان المسح به فقط جائزاً .

واسمحوا لنا بهذه المناسبة ان نورد لكم جدولاً بجروح البطن النافذة الثاقبة بالمرامي النارية التي دخل المصابون بها المستشفى العام منذ السنة ١٩٢٤ — ١٩٣٥

السنة	العدد	الوفاة	الشفاء
١٩٢٤	٢	٢	٠
١٩٢٥	١٠	٨	٢
١٩٢٦	١٢	٨	٤
١٩٢٧	٣	٢	١
١٩٢٨	١	١	٠
١٩٢٩	٢	١	١
١٩٣٠	٣	١	٢
١٩٣١	٣	٢	١
١٩٣٣	٥	٢	٣
١٩٣٤	٢	١	١
١٩٣٥	١	١	٠
المجموع	٤٤	٢٩	١٥

فيكون معدل الوفيات ٦٥،٩٠ بالمائة وهو معدل مرتفع جداً ولسنا ننسب ارتفاعه الا الى التأخر في التوسط الجراحي فان معظم الجرحى كان يؤتى بهم بعد الساعة العاشرة من حدوث جراحهم حتى ان منهم من دخلوا الشعبة واعراض التهاب الصفاق بادية فيهم ولسنا ننسب الشفاء في الحادثات الخمس عشرة من الجدول الآنف الذكر ولا في المشاهدات الثلاث التي اوردناها لحضرتكم ولا يدخل فيها غير واحدة في هذا الجدول الا الى سرعة التوسط الجراحي فانه لم يتأخر ولا في واحدة منها عن الساعة الثالثة من حدوث الاصابة .

المناقشة :

العليم سوليه : لا يسعنا الا ان نهنيء الاستاذين بنجاحهما الجراحي الباهر . ان جرحى البطن الذين دخلوا المستشفى العسكري في دمشق ماتوا جميعهم لأنهم لم يصلوا في الوقت المناسب للتوسط الجراحي .

حادثة داء الشعريات المبزرة

للعليم نجم الدين الجندي

دخل المدعو محمود فياض من كفر حور وعمره ٤٠ سنة قاعة الامراض الجلدية في مستشفى المعهد الطبي العربي في ٢٢ شباط لآفة جلدية اصابته متصفة بادران وصموغ مستقرة على وجهه وعضديه وساعديه وظهره وفخذيه وصدره وقد بدأ مرضه الحالي منذ اربعة اشهر اذ ظهرت اورام صغيرة

على ساعديه ثم على جبهته واخذ حجمها يزداد شيئاً فشيئاً حتى اصبح كما ترونه في الرسم (وهنا ابرز رسم المريض)

شكل الاورام مدور ، لونها احمر قاتم ، قوامها صلب تشغل البشرة والادمة ، حجمها بين البندقة والبرتقالة واكثر هذه الاورام متقرح الوسط تستره قشور الى الصفرة وتحت هذه القشور مادة مصلية لزجة

لم يصب المريض بالداء الافرنجي ولا بامراض انتانية ولم يذكر في سوابقه المرضية سوى اصابته بنوب البرداء

اننا بعد ان شهدنا هذه الاعراض تبادرت الى ذهننا امراض عديدة أهي اورام افرنجية المنشأ ؟ غير ان تفاعل واسرمان في الدم سلبي وفحص اللطاخة عبيطاً لم يكشف فيها شيئاً من البريميات .

ان توزع هذه الاورام على الحاجبين ومسير الاعصاب في الاطراف جعلنا نفكر في الجذام ولكن فحص مفرزات الانف والمادة المصلية في الاقسام المتقرحة لم يكشف عن عصية هنزن وليست في المريض اضطرابات حسية .

أهذه الآفة الجلدية جرثومية : ان فحص المادة المصلية المباشر لم يكشف عن عوامل مرضية وزرعها كانت نتيجته سلبية .

واخيراً أهذه الآفة فطرية ؟ ان الفحص المباشر والزرع في مستنبت سابورو لم يكشف اي فطر ؟ وبعد هذه الفحوص المخبرية السلبية أخذت خزعة وارسلت الى مخبر التشريح المرضي فكانت نتيجة الفحص الذي تلطف الاستاذ الشطي باجرائه كما يلي : التهاب مزمن عقيدي تشبه آفاته الداء المسمى داء الشعريات المبزرة (sporotrichose)

وقبل ان يحقق تشخيص الشعريات المبزرة بادرنا الى اجراء مداواة تجريبية باليودور فاعطينا المريض اربعة غرامات يودور البوتاسيوم يومياً فلم تمض عدة ايام حتى جفت التقرحات ونقص حجم الاورام نقصاً محسوساً وغادر المريض المستشفى لاسباب عائلية قبل ان يتم شفاؤه . فاتجاه المرض الى الشفاء وبمثل هذه السرعة جعلنا نؤمل في شفائه التام لو ثابر على هذه المعالجة اليودية .

المناقشة :

العليم ترابو : انني دعوت معاوني العليم نجم الدين الجندي لتقديم هذه المشاهدة اليكم وقد تبين لكم منها اننا لم نستطع حتى بعد الخزعة من تشخيص طبيعة الآفة وكان لا بد من اجراء تحريات مخبرية اخرى كتفاعل فيدال لبلوغ هذه الغاية غير اننا لم نجد في مخبر مستشفانا ولا في مخابر الاسعاف العام ولا في المستشفى العسكري او في المخابر الخاصة الوسائط اللازمة لهذا التفاعل . ان مدينة كدمشق قائمة في قلب بلاد زراعية يجدر بها ان تسد هذه الثلمة باسرع ما يمكن لان ادواء الفطور قد تكون منتشرة في ضواحيها ولا يستطاع تشخيصها اذا لم تكن المخابر مجهزة فيها اكمل تجهيز

٥ ــ الاستئصال الوافر

في ذات السحايا الدماغية الشوكية

للعليمين حسني سبح ونجم الدين الجندي

حدثت في دمشق ، في السنين الاخيرة بعض اصابات بذات السحايا

الدماغية الشوكية . وقد اتيح لأحدنا ان يشاهد في البلدة زهاء خمس عشرة حادثة ، وشاهدنا في المستشفى اثنتي عشرة حادثة من المرض المذكور . وليس هنالك اي احصاء عن حوادث المرض في دمشق ولا عن نسبة الوفيات فيه . وقد لاحظنا ان بعض اصاباته كانت سليمة ، حتى ان المرضى كانوا يشفون بعد بزل قطني واحد وبعد حقنة واحدة من المصل ، ويذكر احدنا ان طفلاً شفي من الداء المذكور بلا اقلّ معالجة مصلية ، لان والديه أَبيا اجراء البزل القطني مرة ثانية بعد ما جاء جواب المخبر ايجابياً . واذا تركنا هذه الحوادث الشاذة جانباً ، فان نسبة الموت بهذا الوباء عظيمة تقرب من ٦٠ ٪ . وان نموذج (ب) من المكورات السحائية هو ما صادفناه في ثلاث حادثات كانت نتيجة الزرع فيها ايجابية .

ومنذ مطلع السنة ١٩٣٥ اعتمدنا في المداواة على طريقة اخراج اقصى كمية ممكنة من السائل الدماغي الشوكي واتاحت لنا الفرصة ان نعالج بها خمسة مرضى في المستشفى العام فنالوا جميعهم الشفاء .

والغاية من سرد هذه المشاهدات ان نبين فائدة المداواة بالمصل المضاد للمكورات السحائية ، كيف لا وقد قامت في بعض البلدان ضجة ضد هذه الطريقة الدوائية اضطرت مادسن (Madsen) الى الوقوف في السنة ١٩٣١ في المكتب الصحي لجمعية الامم ذاكراً خيبة هذه المداواة ومتسائلاً عما اذا كانت ثمة فائدة في المثابرة على استعمال المصل المضاد للمكورات السحائية

وخيبة الاستمصال تعود على ما نرى الى عدة عوامل ، اننا مقتنعون كل الاقتناع بان المصل المضاد للمكورات السحائية العديد القوى يفيد كل

الفائدة متى استحضر في معمل يصح الاعتماد عليه وقد لاحظنا رجحان مصل متوصف باستور على مصول المعامل الاخرى . ولا حاجة الى اضاعة الوقت بانتظار نتيجة الزرع وتعيين نوع الجراثيم . لان التبكير في المداواة عامل قوي في النجاح لا يجوز اهماله . والامر الاخير الذي نلفت الانظار اليه هو ان يحقن من المصل باوفر كمية ممكنة بعد اخراج اكبر كمية من السائل الدماغي الشوكي . ولا يجوز ان ييأس الطبيب من شفاء مريضه المصاب بذات السحايا مهما ساءت حالته العامة ، كما في مشاهدتينا الاخيرتين ، اللتين كانت الحالة العامة فيهما سيئة جداً حتى ان المريضين كانا في حالة السبات والسائل الدماغي الشوكي فيهما قيحياً ، وعلى الرغم من خطر الاصابة انقذا بالطريقة التي سنذكرها . وهذه خلاصة مشاهداتنا

١ — الفتاة ل . ص . عمرها ٢٠ سنة استشفت في ٢٨ شباط ١٩٣٥ لتناذر سحائي . خرج بالبزل سائل عكر قليلاً كشفت فيه المكورات السحائية وكثيرات النوى المتغيرة . وفي ١ آذار اخرج من السائل ٦٠ سم٣ وحقن بالمقدار نفسه من المصل المضاد للمكورات السحائية المديد القوى . وفي ٢ آذار اخرج مقدار ٥٠ سم٣ من السائل وحقن بخمسين سم٣ من المصل في القناة السيسائية وبعشرين سم٣ في العضل . وكرر البزل والحقن بالمقدار نفسه اربعة ايام متتابعة . فتحسنت حال المريضة ، فانقص مقدار المصل الى ٤٠ سم ثم الى ٣٠ فالى ٢٠ فالى ١٠ حتى زوال جميع الاعراض . وقد اختلط داء المريضة بالتهاب الاذن الوسطى المتقيح فشفي بتقطير المصل في الاذن . وبعد الشفاء التام من التناذر السحائي ومن الاختلاط الاذني ، اصيبت

المريضة بالحُمرة الوجهية فتوفيت في ٢٠ نيسان سنة ١٩٣٥

٢ — ح . ع . فتى عمره ١٢ سنة من القدم دخل المستشفى في ١٣ آذار ١٩٣٥ باعراض ذات السحايا الدماغية الشوكية . اخرج البزل القطني سائلًا عكراً فيه المكورات السحائية ، اخرج منه ٣٠ سم٣ وحقنت القناة الفقرية بالمقدار نفسه من المصل المضاد للمكورات السحائية في اليوم الاول وبالكمية ذاتها في اليومين الثاني والثالث في القناة السيسائية وبعشرة سم٣ في العضل . وبعد ان تحسنت الحالة العامة انقص مقدار المصل الى ٢٠ سم٣ ثلاثة ايام والى ١٠ سم٣ في الايام الثلاثة الاولى التالية . ثم قطعت المداواة المصلية تماماً ، وغادر المريض المستشفى في ٢٤ نيسان بعد ان تمّ شفاؤه

٣ — م . ح . عمره ١٤ سنة دخل المستشفى في ٢٥ ايار سنة ١٩٣٥ باعراض ذات السحايا الدماغية الشوكية . وخرج بالبزل القطني سائل عكر فيه المكورات السحائية . استخرج منه ٤٠ سم٣ وحقن بالمقدار نفسه من المصل في المسافة تحت العنكبوتية في ٢٥ و ٢٦ و٢٧ وبعشرين سم٣ من المصل في العضل يومياً . فبدا التحسن في اليوم الثاني وخفت الاعراض ، وانقص المصل منذ ٢٨ انقاصاً تدريجياً وترك المريض المستشفى في ١٨ حزيران بعدما نال الشفاء .

٤ — ع . ع . بنت عمرها ٧ سنوات بعث بها من سجن دمشق حيث امها سجينة دخلت المستشفى في ٩ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ باعراض ذات السحايا الدماغية الشوكية . خرج بالبزل القطني سائل قيحي فيه المكورات السحائية ، فاستخرج منه ٤٠ سم٣ وحقن بالمقدار ذاته من المصل فهبطت

الحرارة في اليوم التالي الى ٣٧,٥ بعد ما كانت في اليوم السابق ٣٩ وفي ١٠ كانون الثاني اخرج ٣٠ سم٣ من السائل وحقن بالمقـدار نفسه من المصل وثوبر على المعالجة نفسها في الايام الثلاثة التالية. ومنذ ١٢ كانون الثاني ظهرت اللنفاويات في السائل الدماغي الشوكي الذي صفا كل الصفاء. وحينما تحسنت الحال انقص مقدار المصل الى ٢٠ سم٣ مدة يومين ثم الى ١٠ سم٣ في اليومين الاخيرين. وكانت تحقن يومياً بعشرة سم٣ من المصل في العضل. تركت الطفلة المستشفى بعد ان شفيت تماماً

٥ — م. ص عمره ٢٥ سنة بدوي ارسل من سجن دمشق في ٢٧ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ باعراض ذات السحايا الدماغية الشوكيـة. اخرج البزل سائلًا قيحياً فيه المكورات السحائية وكثيرات النوى المتبدلة !. خرج من السائل ٦٠ سم٣ وحقن بدلاً عنه بستين سم٣ من المصل. هبطت الحرارة من ٤٠ الى ٣٧,٤ في اليوم التالي وتحسنت الحالة العامة وثوبر على الحقن بالمصل بالمقدار ذاته في السيساء وبعشرين سم٣ في العضل يومياً مدة ثلاثة ايام ثم باربعين سم٣ على يومين وبثـلاثين يومين آخرين وبعشرة في اليومين الاخيرين. فشفي المريض وترك المستشفى في ١٤ شباط بلا اختلاط.

∴

فيكون الشفاء في هذه المشاهدات الخمس بالاستمصال بعد اخراج اكبر مقدار ممكن من السائل معادلاً لمائة في المائة وفعل هذه الطريقة واضح للغاية ولا سيما في المشاهدتين الاخيرتين حيث كان فعل السائل عجيباً

على الرغم من ان السائل الدماغي كان قيحياً والتقيح هو احدى العلامات الدالة على عدم الشفاء .

ولسنا نعني بهذه المشاهدات القليلة اننا وصلنا الى الدور الحاسم في هذا المرض الوخيم ، غير ان لنا الحق ان نعد هذه الطريقة افضل الطرق لان الطريقة الشائعة في المداواة باستخراج ١٠ — ٢٠ سم٣ من السائل والحقن بما يقارب هذا المقدار من المصل هي دونها بكثير . واذا رجعنا الى نتائج الطريقة القديمة في المستشفى وجدنا انه دخل مستشفانا بين شهري ايار وآب من سنة ١٩٣٤ ، ١٢ حادثة ، شفيت منها اثنتان شفاء تاماً وثالثة انتهت باختلاط وخيم للغاية وهو التهاب النخاع والسحايا وانتهت بالشفاء فتكون نسبة الوفيات ٧٥ ٪ وهي توافق بقية الاحصاءات ولا سيما احصاء دوبتر (Dopter) الذي يقدر الوفيات بـ ٧٢ ٪ واحصاء تسيه (Tessier) حيث نسبة الوفاة ٦٩ ٪ ، مع النظر الى سلامة بعض الوافدات ووخامة بعضها الآخر .

واننا نرغب الى زملائنا الافاضل ان يتحفونا برأيهم عن هذه الطريقة اذا كانوا قد استعملوها وما هي النتيجة التي حصلوا بها عليها .

المناقشة :

العلم ترابو : انني اوافق المقررين في استعمال الاستمصال الوافر غير انني لا اوافقهما في استعمال المصل المتعدد القوى . لان هذا المصل مستعمل في الاسعاف السريع فقط واما المصل النوعي فيفوقه فائدة متى عرف نوع المكورة السحائية التي احدثت التهاب السحايا وما اذا كانت من نوع آ ، ب ، ج ، د

العليم يوسف عرقتنجي : اننا صادفنا في السنة ١٩١٩وافدة التهاب السحايا الوبأي وكنا نستخرج ما يستطاع اخراجه من السائل الدماغي الشوكي بعد التخدير العام بالكلوروفورم ونعيض عنه بالمصل المتعدد القوى وقد كانت النتائج باهرة فان الشفاء في خمس حادثات عالجناها كان مائة في المائة .

العليم حسني سبح : ان حادثتين من الحوادث التي اوردناها قد خدرتا بالكلوروفورم قبل البزل والحقن بالمصل

العليم ترابو : ان التخدير لا يسهل البزل فقط بل لعله يفعل هنا فعله في الكزاز فيسهل انتشار الترياق

العليم حسني سبح : ان المصل المضاد للمكورات السحائية مضاد للجراثيم اكثر من مضادته للذيفانات

العليم ترابو : ان الموت ينشأ في التهاب السحايا الوافد ايضاً من انسمام الدم وما من شك ان المصل يعدله

وداع امين السر العام العليم ترابو للرئيس بريكستوك

زملائي الاعزاء :

ان رئيسنا العليم بريكستوك سيغادرنا ولن يعود الينا . ولعل هذه الجلسة آخر الجلسات التي يرئسها . ان رصيفنا الفاضل سيعود نهائياً الى انكلترة ليتمتع فيها بعيشٍ هادىء هنيء بعد أن ادار مستشفى فيكتوريا في دمشق اكثر من ثلاثين سنة وأدى في خلالها لمرضى هذه البلاد اجلّ الخدم .لقد اعتدنا منذ انشاء جمعيتنا ان نرى بيننا وجهه الباسم اللطيف الذي لا تزال عليه

نضارة الشباب مع ان خمساً وستين سنة قد توالت عليه . اننا نأسف كل الأسف لفراقه كيف لا وقد رأيناه في خلال اجتماعاتنا مثالاً للمواظبة على جلساتنا وخسرنا بذهابه عضواً قد امتاز بسعة اختباره وطول ممارسته واننا سنحفظ في ربائدنا خطابه الذي القاه حين تولي الرئاسة كذكرى ثمينة ولا ننسى النصائح التي اسداها الينا ولا الخطط التي رسمها لنا فيه .

انني باسم زملائي جميعهم اتمنى للعليم بريكستوك عوداً سعيداً الى مسقط رأسه وارجو ان اقامته الجديدة في بلاده لا تحرك في قلبه الندم على تركه بلاد الشرق التي امتازت بصفاء سمائها وحدة شمسها .

❀❀❀

البطون الكبيرة

بقلم العليم لويس

ترجمة العليم سامي السمان

البطون الكبيرة تعبير قد يظهر غريباً ولكنني واستاذي لوجار (Lejars) نقره لانه يعبر عما يراد منه . فهو يناسب حالات سريرية حيث لا ترى آفة مستقرة ولا يبدي الفحص مبدأ المرض ولا الاستجواب مقرّ الاضطرابات الوظيفية .

البطن كبير: هذا هو العرض الظاهر الوحيد، فماذا نشخص وفيمَ نفكر؟

ولا بدّ لنا قبل دخول لب الموضوع من ايضاح قضية كان استاذي لوجار يرددها دائماً عليّ وهي :

اما ان تكون الحالة حادة السير فيكون البطن قد كبر بسرعة ورافقته اضطرابات وظيفية او عامة، فالحالة حادة . او ان تكون الاعراض التي ادت الى هذه البطون الكبيرة قد بدأت منذ زمن طويل وسارت سيراً بطيئاً ، فكانت اعراضها الوظيفية ساكنة او خفيفة الحدة . فالحالة مزمنة .

هذا ما يجب تمييزه منذ السؤال الاول الذي طرح على المريض :

١ – الحالات الحادة

لنبدأ بالاشياء البسيطة وهي : التهابات الصفاق ، والانسدادات .

١ — بدأت الآفة بشدة فائقة وتمكن المريض من تعيين بدئها فقال : انه اصيب فجأة بآلام شديدة سمرته في مكانه لشدتها فاضجعوه في فراشه وانتفخ بطنه في الحال .

يفحص هذا البطن فيبدو متوتراً جلياً فلا سبيل الى التردد فان هناك ثلاث فرضيات :

١ً - التهاب الصفاق (الباريطون) بانشقاق احدى الاحشاء المجوفة .

٢ً — انفتال ورم او عضو معنق

٣ً — انشقاق حمل نفيري في المرأة

١) — ان التهاب الصفاق بالانشقاق يظهر فجأة وشديداً ويشبهونه بالرعد القاصف في السماء الصافية ، وكثيراً ما يكون في سوابق المريض قرحة معدية او اثنا عشرية قديمة او آفة قديمة في المعى الغليظ او في المرارة .

وانثقاب الزائدة الدودية في عقب نوبة فجائية حادة ممكن الحدوث : وبهذه المناسبة اذكر هذه المشاهدة فبينما كان احد رفقائي يرفع منضدة عن الارض اذا به يصاب بألم شديد في بطنه وبعد ساعتين اجريت العملية فكانت زائدته منثقبة وفي البطن سائل عكر وسخ .

فبدء التهابات الصفاق بالانثقاب يتبع دائماً نمطاً واحداً : فهو يبدو في اشخاص صحتهم جيدة وكثيراً ما يفضي الى الغشي فتظهر اقياء في المريض وتنقبض سحنته ويتترب لونه ويكبر بطنه . ويظهر بالقرع وضوح يستر خرس (matité) الكبد ، هذه العلامة التي يعلق عليها هارتمان شأناً كبيراً واما الحرارة فطبيعية او قد تهبط ولكن النبض صغير ومسرع الامر الدال

على ان دفاع البدن قد شلّ منذ بدء المرض. فليس الامر حالة عفونة بل انسماماً مفضياً الى الموت المحتم بالغشي .

٢) والبدء في الانفتال شديد وفجائي ايضاً واستجواب المريض يكشف لنا عن ورم كان قد شخص ، ففي المرأة كيس مبيضي غير انها لم تعبأ به لانه لم يكن يزعجها والآلام في هذه الحالة شديدة ومستمرة ومتفوقة على الصفات السريرية الاخرى انني اذكر حادثة ناظرة في مدرسة تور قد اجريت لها العملية منذ ثلاث سنوات : اصيبت فجأة بقولنجات شديدة ففحصها طبيب المؤسسة وشك في التهاب الزائدة الحاد وارسلها الى شعبتي لاقطع زائدتها وبعد ان فحصتها لم افكر في التهاب الزائدة ولا في انثقاب حشوي لانني لم ار فيها اعراض الانسمام الشديد بل فكرت في انفتال كيس مبيضي ففتحت بطنها على الخط المتوسط ولم اخطىء في تشخيصي ولو انني اكتفيت بفتح البطن الجانبي لاستئصال الزائدة لكنت اضطررت الى فتحه في مكان آخر . واذا كنتم تشكون في تشخيصكم فجسوا او مسوا المهبل وهذا افضل فهو يدلكم على التهاب المبيض والملحقات او كيس الملحقات المائي المنفتل ، ومتى مسستم الرتجين الجانبيين شعرتم بكتلة صغيرة مؤلمة ومتحركة قد تكون ورماً ليفياً تحت الصفاق معنقاً ومنفتلاً ومهما يكن الامر فجميع هذه الحالات تستدعي فتح البطن الاستقصائي .

٣) ويتصف انشقاق الحمل النفيري بالصفات الشديدة الفاجعة نفسها هذا اذا حدث طوفان صفاقي: تصاب امرأة فتية في عقب جهد او بدون سبب وهي في فراشها بألم شديد في بطنها تشبهه بطعنة خنجر لا تستطيع اقرارها في مكان

ولكن اعراض فقر الدم الحادة لا تلبث ان تتضح وتنمّ على الانشقاق ، فالنبض صغير ، والوجه شاحب ، والبطن كبير ومؤلم في جميع نواحيه تسألون المرأة فاذا بطمثها قد تأخر ولكن هذه العلامة لا يعتمد عليها ، يجس المهبل واذا في رتجيه كتلة صغيرة منتشرة وهذه العلامة ليست كافية ايضاً للجزم ولكن مهما يكن فان البدء كما قال بارن فجائي والسحنة شاحبة ، والنبض خيطي وضعيف ، والحرارة منخفضة عن الحد الطبيعي ، وهنالك علامة ثمينة وهي ان المرأة تنزف دماً بطريق المهبل ، والبطن كبير ومؤلم ، فلا يجوز التردد بازاء هذه الاعراض الدالة على انشقاق الحمل النفيري والطوفان الصفاقي بل التوسط السريع واجب يقول تاريه : في البطن عرق ينزف فيجب فتح البطن ومسك العرق بمنقاش

٢ — وفي حالات اخرى تصادف الحالات الحادة نفسها ولكن البدء ليس بشديد ولا راعب : فالبطن قد انتفخ ببطء اي في يومين او ثلاثة ايام ولكن الحرارة عالية ، والسحنة تنمّ على الضجر ، والعينان غائرتان والبطن كبير وجسه مؤلم والاقياء كراثية فانتم امام التهاب الصفاق العفني (عفونة الزائدة العفونة الحادة الرحمية النفيرية) . ان التشخيص في هذه الحالات سهل وترشد العلامات الموضعية في الغالب الى الطريق المستقيم .

٣ — ولنضع الى جانب التهابات الصفاق الانسدادات التي تسير سيراً حاداً مع انتفاخ البطن . ولا تظنوا ان تشخيصها عن التهابات الصفاق سهل دائماً كما في الانسداد انغلافاً حيث يظهر دم مع البراز فيشخص به المرض ولكن كم من الانسدادات يتردد الطبيب فيها طويلاً قبل تشخيصها . اسألوا

المريض ايضاً كيف ظهرت الاعراض وفتشوا في سوابقه المرضيـة عن قبض سابق ، ولينظر الى بطنه المتنفخ انتفاخاً متجانساً والمؤلم ، جسوا باعتناء ولا تنسوا المس الشرجي او المهبلي (اذا كانت المريضة امرأة) . وانظروا منحني الحرارة تروا حرارة خفيفة او قد تكون طبيعيـة . وترتسم في بعض الحالات العرى المعوية تحت الجدار وتحرك حركات حولية دالة على صراعها المتمادي مع عائق تجدُّ في التغلب عليه فلا حاجة الى التردد فتشخيصكم قـد تحقق : فهو لجام على المعى الرقيق او تضيق ليفي فيه .

والقرع يحدث قرقرة شبيهة بقرقرة توسعات المعدة الشديدة وهـذه علامة ماتيو (Mathieu) .

وقد يكشف لـكم المس المهبلي او الشرجي عن ورم مستقيمي سيني كان مجهولاً حتى ذلك التاريخ او عن ورم ليفي في الرباط العريض يضغط المعى . وعليـكم ، وهذا ما اكرره دائماً ان تستقصوا في جميع الفوهات الفتقية باعتناء ، واذكر اني اجريت عملية منذ عدة ايام لرجل يشتكي اعراض انسداد الامعاء . فـكان بطنه منتفخاً والجس يوقظ الماً في الحفرة الحرقفية اليسرى وكانت الحاقة الاربية اليسرى متسعة وغير مؤلمة وكان يشعر عندها بكتلة مبهمة ، فتحت البطن فوجدت فيه كيس فتق وعروة معوية مختنقة ، ان هذه الامثلة كثيرة في الطب .

٤ – واخيراً فهذه البطون الـكبيرة الحادة السير قد تعبر عن التهاب المعثـكلة (pancréatite) الحاد النزفي او عن صمامة في العروق الماساريقية يظهر البطن في هذه الحالة منتفخاً عند الناحية تحت السرة حيث اشد الآلام واهم

ما في الامر ليس تشخيص الداء بل تشخيص ضرورة التوسط الجراحي وهذا ما لا بدّ من معرفته .

٢— الحالات المزمنة

اننا نترك جانباً البطن الكبير الهابط هذا البطن المتدلي بين فخذين مثقلتين فهو سهل التشخيص : اضجعوا المريضة (وهذه البطون ترونها في النساء غالباً) فينبسط الجدار خذوه بملء اليدين وارفعوه تشعروا بكتلة شحمية في الجدار اما تحته فلا ورم ولا بروز في احشاء البطن .

وليفكر ايضاً في الحمل وكثيراً ما يخطىء التشخيص حتى بعد ادق الفحوص ولكن أفي هذه البطون الكبيرة سائل منصب ام لا .

أ - في البطن سائل وليس فيه مثانة قد انحبس البول فيها : ١ً — حبن حر سببه تشمع الكبد او التهاب الصفاق السلي . فيشعر بالتموج وحين الاضطجاع الظهري يكشف القرع عن وضوح في المركز وخرس في المحيط ويبدو الخرس في الاضطجاع الجانبي لان السائل يغير موضعه .

ان التشخيص في جميع هذه الحالات سهل ولكن متى ظهرت حجب او التصاقات صفاقية فقسمت السائل اقساماً بدأت الصعوبة ، فاذا كان السائل متحركاً من العالي الى الاسفل ولا يشعر بالفراغ فوق العانة الذي نراه في كيس المبيض نفينا هذا الكيس ويلفت لوجار الانظار الى ضرورة الاستقصاء في السرة فاذا كانت متسعة وبارزة ومحدبة وترد بالاصبع كان حبن في البطن .

وليمس المستقيم والمهبل ايضاً فاذا ما شعر بورم يكون الحبن احد اعراضه والسائل مدمى في هذه الحالة واذا لم يشعر بورم فيكون الحبن سلياً .

٢) اما اكياس المبيض وأعني بها هذه الاكياس الكبيرة التي تملأ البطن ويبدو فيها حس التموج «فهي اورام بارزة» وناحية البطن المركزية خرساء والخاصرتان واضحتان واذا ماجس هذا الورم الكبير في العالي والاسفل والجانبين تبين انه محدود ومنغرس في الحوض ، ومسوا المهبل فاذا لم يكن الوصول الى الورم مستطاعاً يشعر على الاقل بان الرحم منحرفة واذا ما مس سطح الورم وكان اختلاف في قوامه نفكر اولاً في أكياس مضرعة(épithéliomateux) وبتشعبات ورمية .

٣ً – واخيراً فبعض التهابات الصفاق بالمكورات الرئوية متى سارت سيراً فاتراً قد تلتبس بهذه الحالات فهي تظهر غالباً في الاطفال والانصباب فيها متوتر وبارز عند السرة الناتئة الحمراء .

ب – ليس في البطن حبن: الورم يملأ البطن فليست الآفة موضعية في الكبد او الطحال او الماساريقا بل البطن كله كبير فهو :

التهابات الصفاق الدرنية ذات الشكل القرحي – الجبني او التصلبي .

او اورام البطن المنتشرة كالورم المخاطي الشحمي المنتشر في الماساريقا وربط القولونات ان التشخيص سهل في الحالة الاولى فان حالة المريض العامة وسوابقه المرضية والآلام المتواصلة او القولنجية الشكل ترشد الى سواء السبيل .

والتشخيص مستصعب في الحالة الثانية وكثيراً ما لا يهتدى اليه الا

بالتوسط الجراحي واذا كانت المريضة امرأة يشاهد في الغالب ورم رحمي ليفي كبير هذا الورم العضلي الخلالي او تحت الصفاق الذي يستولي على البطن جميعه . جسوا هذا الورم تروه قد نزل في الحوض ومسوا المهبل تجدوا عنق الرحم يتحرك مع الورم والصعوبة هي في تمييز هذا الورم الليفي عن الحمل .

هذه هي الصفات السريرية المختلفة للبطون الكبيرة وهو بحث ذو شأن لا احلم في سبر غوره بهذا المقال المختصر غير انني الفت نظركم فيه فقط الى بعض المعضلات السريرية .

❀❀❀

تشخيص الاكياس المائية الحيوي

ترجمة العليم سامي السمان

نشر مقال جديد أبدى فيه كاتبه ان تشخيص الاكياس المائيـة الحيوي يستند الى ثلاثة فحوص مخبرية متفاوتة القيمة وجديرة بان يعاد النظر فيها :

ان ازدياد محبات الحامض (éosinoph les) تظاهر متحول فهي تتبدل من ٣ـ٥ ./. وبتبدلها تفقد بعض قيمتها اضف الى ذلك انها تصادف في حالات مرضية اخرى غير الكيس المائي ولا سيما في الامراض الطفيلية على اختلاف انواعها . ويصح الاستناد الى ازدياد محبات الحامض في الدم متى تجاوزت ٨ ./. واما تفاعل تثبيت المتمم المنسوب الى واينبرغ (Weinberg) فيصح الاعتماد عليه متى كان ايجابياً ولا يكون كذلك الا متى طرأ على الكيس تشقق او تقيح او متى نزل او بعبارة اخرى متى تمكنت الآحينيات الغريبـة من دخول الدوران الدموي واما متى كان الكيس مغلقاً ومنعزلاً عن الدوران فالتفاعل يظل سلبياً ، وقد نشرت مؤخراً مشاهدات اكياس مائية حققتها الجراحة ، ولم تكن نتيجة التفاعل ايجابية الا في ثلاث منهـا فلا يجوز اذن ان ننفي تشخيص الكيس المائي لان تفاعل المتمم كان سلبياً ، ويصبح تفاعل واينبرغ في عقب العملية ايجابياً ويبقى كذلك عدة سنين .

ويعتقد المؤلف ان تفاعل كازوني الادمي (l'intra-dermo-réaction de Casoni) خير التفاعلات فهو ايجابي في ٩٠ ـ ٩٥ ./. من الحوادث. وطريقة

تحريه ان تحقن ادمة المنكب او الفخذ بربع عشم٣ (سم٣) من سائل الكيس المائي الفني .

ولا يصح الاعتماد على هذا التفاعل الا متى بكر في الظهور اي متى ظهر بعد ١٠ دقائق من الحقن واستمرّ على الاقل ٢٤ ـ ٣٦ ساعة وكان بشكل صفيحة حاكة بحجم جمع الكف .

وتستحسن مراقبة هذا التفاعل بان يحقن شخص آخر سليم غير مشتبه باصابته بالكيس المائي او ان يحقن المريض نفسه بمرق مهضمن (bouillon peptoné) في نقطة اخرى من جسمه

فمتى كان تفاعل كازوني سلبياً يشكُ في تشخيص الكيس المائي ويفكر في امر آخر او تجرى تحريات جديدة

❀ ❀ ❀

ذكرى مرور الف سنة على وفاة الرازي

(٢)

للعليم لطفي السعدي ترجمة العليم ميشل الخوري

كتاب الجدري والحصبة

يُعد هذا الكتاب في مقدمة مبتكرات الرازي ويعترف المؤرخون انه اول رسائله الخاصة التي كتبت في هذا الموضوع. على ان الرازي بامانة العالم واستقامة الاستاذ لم يستنكف عن الاقرار بفضل جالينوس لذكره الجدري في عدد من مؤلفاته، الا وهو القائل «ان الطبيب الذي يدعي ان جالينوس الفاضل لم يأتِ على ذكر الجدري وان هذا الداء لم يخطر له ببال، هو مخطىء بدون شك. فاما انه لم يطالع مؤلفات جالينوس او ان مطالعته لها كانت بعيدة عن التروي والدقة».

ويعتقد الدكتور كرنيلوس فانديك الاستاذ الاول للطب في جامعة بيروت الاميركية ان حبيش بن الحسن اخطأ حين ترجمة مؤلفات جالينوس فظن ان اللفظ الذي استعمله جالينوس للدلالة على العُدة (acné) انما هو دالٌ على الجدري. ويظهر ان فرند ينحاز الى هذا الرأي حين يقول في كتابه تاريخ الطب المطبوع في لندن سنة ١٧٢٦ :

« لم يظهر في عالم الطب منذ زمن ابقراط الى هذا الحين، داء خريٌ

بالذكر نظير هذا الداء الغريب ، الذي يستطاع تقصيه في كتب المؤلفين ورده الى عهد قدمه اكثر مما يظن عادةً وربما بلغ بنا البحث عنه عصر محمد في اوائل القرن السابع . اما الحصبة التي كانت بدون ريب في العصر نفسه والتي اصاب ابن سينا بتسميتها الجدري الهيضي (variola cholerica) ، فكانوا يعدونها من باب الجدري ولذلك كانت ابحاثهم تتناول الداءين معاً على احتمال ان الاعظم يشمل الاصغر . ومما لا نزاع فيه ان هـذه العلة لم يعرفها اليونان ولو زعم كتاب هذا العصر ما يخالف ذلك. فالعرب المسلمون اذن كانوا اول من عرفها ووصفها. وبما انها داء غريب الاعراض منتظم الاطوار يصيب جميع بني الانسان على السواء ، فاننا كنا نأمل من المستر لا كلارك ان يتحفنا بخلاصة ما ذكر عنه الكتّاب الاوائل ولا سيما حينما كان هذا الداء في دور طفولته وصورته واضحة في موءلفات هؤلاء الكتاب. فمؤلف الرازي المسمى بكتاب الجدري يظهر لنا بشكل جلاء ما كان يعرفه العرب عن هذا المرض وانهم كانوا يستطيعون التمييز بين نوعه المنتشر والمجتمع. وكما يؤخذ من المؤلفات الاولى التي كتبت عن الجدري انـه ظهر اولاً في مصر في عهـد الخليفة عمر وبما ان اليونان لم يعرفوا شيئاً عنه فلا ريب بان العرب نقلوه من بلادهم الى مصر » .

ونحن نعلم مما ورد في القرآن وفي اخبار العرب ان الجدري ظهر في شبه جزيرة العرب حوالي السنة ٥٦٩ م . وتدل هذه الاخبار انه انتقل الى البلاد العربية من افريقية بواسطة جيش حبشي حرّض على تجريده الامبراطور جوستينيانوس فاكتسح هذا الجيش جنوب بلاد العرب في السنة ٥٦٩ متجهاً

نحو مكة للاستيلاء عليها ، غير ان خطته حبطت لتفشي وباء الجدري فيه .
وفي القرآن ان جلد المصاب بهذا الداء شبيه بورق الشجر الذي نخرته الديدان فهذا القول يصف بكل دقة شكل الآثار التي يتركها الجدري .

ويعتقد الدكتور فانديك ان الوباء الذي انتشر في مصر في السنة ٥٤٢ م سرى شرقاً نحو بلاد العرب فسبب الوباء المشار اليه (١) على ان هذا الرأي قد يكون خطأ لان الدرس الانتقادي الذي اجراه بروكوبيوس لهذه الرواية لا يترك الا القليل من الشك بان وباء السنة ٥٤٢ لم يكن جدرياً بل كان طاعوناً بحسب العلامات والاعراض التي وصف بها ذلك الوباء . قال بروكوبيوس :

« بدأ الوباء بين المصريين الذين كانوا يسكنون بالوسيوم (٢) ثم انه انتشر نحو الاسكندرية وسائر القطر المصري من جهة واحدة ومن الجهة الثانية سرى نحو فلسطين على حدود مصر ومن هنالك اكتسح جميع العالم مستمراً على تقدمه في الاوقات الملائمة . اذ يظهر لنا انه كان يسير وفقاً لخطة تكاد تكون ثابتة ثم يتريث مدة معينة في كل بلاد بدون ان يصيب احداً بسوء واذا به يهب فجأة فيسري في احدى الجهات نحو آخر العالم كأنه كان يخشى ان تسلم منه بقعة من بقاع المعمور » .

وتصف الرواية الآنفة الذكر المصابين بهذا الداء كما يلي :
« كانت تفاجئهم الحمى فبعض حين النهوض من النوم وبعض حين تنقلهم

(١) يقول الدكتور فانديك في روايته ان ذلك كان في السنة ٥٤٤ م
(٢) بالوسيوم مدينة قديمة خرائبها لا تزال قائمة قرب مدينة دمياط الحديثة

من مكان الى آخر والآخرون في اثناء اعمالهم وفي غير ذلك من الشؤون المختلفة التي ليس لها علاقة بالأمر. ولم يكن يظهر على الجسد تغير في لونه السابق ولم يكن ساخناً كما يحدث حين اصابته بالحمى كما انه لم يطرأ في الحقيقة أقل التهاب ولكن الحمى كانت من النوع الطفيف منذ ابتدائها الى المساء فلم يكن المرضى انفسهم . لا اطباؤهم يرون ان فيها شيئاً من الخطر . فمن الطبيعي اذن ان لا يتوقع الموت احدٌ من المصابين . ولكن كان يتكون عندهم انتباج ديبلي (bubonic) في اليوم نفسه ، واحياناً في اليوم التالي وفي بعض الاحوال بعد مرور بضعة ايام . ولم تكن تظهر هذه الدبيلة (boubon) في الاربية فقط بل في الابط وآناً الى جانب الاذنين وفي مواضع مختلفة على الفخذين وبعد ذلك فان سير الداء كان واحداً في جميع هؤلاء المرضى . ولكن الاختلاف في سير المرض لا يلبث ان يظهر على الأثر ولست ادري سبب ذلك اهو ناجم من اختلاف الاجساد ام هي ارادة الله الذي انزل الداء بين الناس . فللبعض حدث سبات (coma) والبعض الآخر اصيب بهذيان شديد وفي كلتا الحالتين كانت تبدو على المرضى الاعراض الخاصة بهذا الداء. فالذين كانوا بحالة السبات اصيبوا بالنسيان فلم يعد باستطاعتهم تمييز الاشخاص الذين كانوا يعرفونهم . ويلوح انهم كانوا ينامون بصورة مستمرة فاذا قدم لهم الطعام اكلوه وهم نيام . على ان الآخرين كان يهمل شأنهم فيموتون من الخواء . » اه

فاذا كان الداء الموصوف اعلاه طاعوناً فلا تكون هناك علاقة بين الوباءين وبالتالي فان الرازي في رسالته الخاصة عن الجدري يكون اسبق الناس الى

وصف هذا المرض وصفاً منظماً فيجب ان يعود الفضل في ذلك اليه قبل كل انسان (١)

وتنقسم رسالة الرازي الى اربعة عشر فصلاً . واما سبب كتابتها فورد في المقدمة كما يلي :

كنت ذات مساء في بيت رجل فاضل يميل الى نشر العلوم النافعة فجاء على ذكر الجدري في اثناء الحديث فتكلمت عنه بقدر ما اعانت الذاكرة عليه في ذاك المساء .

فطلب اليَّ صديقي الفاضل اطال الله عمره ان اصنف في الجدري رسالة مطولة متقنة لانه لم يجد الى ذلك الحين ان احداً من الاولين او الآخرين كتب شيئاً في هذا الداء . فبادرت الى كتابة هذه الرسالة لعلي اتوصل بها الى نيل رضى الله وثوابه .

ولهذه المقدمة قيمة خاصة من حيث انها بينت لنا المنزلة الاجتماعية التي كان يتمتع بها الرازي واوضحت ان الطبقة التي اتصل بها كانت تجل العلم اجلالاً كبيراً .

ويذكر الرازي في هذه الرسالة ان سبب الجدري انما هو خميرة في الدم شبيهة بخميرة الخمر . ويعتقد ان هذا الاختمار يسبب تغيراً في الدم تكون نتيجته حدوث النفاط والأرجح ان هذه المرة الاولى في تاريخ الطب ان نصادف ظناً يقترب من نظرية الاختمار التي وضعها باستور . على ان الرازي

(١) يذكر غاريسون ان يوسيفوس اسقف قيصرية وصف وباء جدري حدث في سورية في السنة ٣٠٢ م . راجع غاريسون تاريخ الطب الطبعة الرابعة فيلادلفيا ١٩٢٩ ص ١٢٥

ذهب الى ان الخميرة حلقية [١] وانها تنتقل الى الوليد من المشيمة في رحم الوالدة . اما من الوجهة الوبائية فانه اكد ان الجدري اكثر انتشاراً في فصلي الربيع والخريف واكثر شيوعاً بين الاولاد .

وحين يصف الاعراض فانه يشير بصفة خاصة الى الحمى الحادة والى الألم الشديد في الظهر والخوف في اثناء النوم والقلق وجفاف الجلد والشعور بالثقل في الرأس والحرقة في جميع الجسد وظهور النفاط على اثر ذلك. وهو يميز بين النوعين المتفرق والمجتمع فيضع تشخيصاً تفريقياً بين الحصبة والجدري قائلًا ان هذا الاخير يصحبه عادة سعال وحرقة في الانف والاذنين .

وهو يرى ان الحوادث ذات الانذار الحسن تتصف بسهولة التنفس وصفاء الذهن وجودة النبض واما ذات الانذار السيء فيكون فيها التنفس سريعاً والمريض قلقاً وتكون فيها بثور الجدري كثيفة مجتمعة متقرحة ويذكر حدوث الغنغرينة كما يلي :

قد يصاب المريض في اواخر المرض بألم شديد في الرجل او اليد وتعود البثور خضراً او سوداً ويزيد ضعف المريض وألمه ، او ان العضو يصبح قاتم اللون ، وعند ذلك فان الموت واقع لا محالة. اما اذا استرد المريض قوته فانه يتماثل الى الشفاء في حين ان العضو يموت .

والرازي في مداواته لهذا الداء يشير الى فائدة المشروبات الباردة والهواء النقي وعصير اثمار النباتات الحامضة والقابضة كالرمان . فيقول « ليكن طعام المرضى من النوع الذي يبرد الحمى كمرق العدس او المرق الممزوج

(١) نظرية العدوى الخلقية وذلك برأيه السبب الذي يجعل هذا الداء كثير الشيوع

بعصير الحصرم او اللحم المنقوع في الحامض . وليشربوا الماء المثلوج او ماء الينبوع الصافي » .

وكان يلجأ الى الفصد عند الاشخاص ذوي القوة والنشاط . والى تنظيم امعاء المريض مجتنباً استعمال المسهلات القوية وكان يشير باستعمال ماء الشعير ومطبوخ التين والزبيب وما اشبه محتفظاً باستعمال مركبات الافيون في حالات القلق الشديد والأرق واستطلاق الامعاء . وكان يوصي بمسح جسد المريض بالماء البارد في حالة ارتفاع الحمى ما لم تمنع ذلك حالة النبض والتنفس . ولاجتناب عفونة العين في الجدري كان يستعمل القطرات وليحول دون عفونة الحلق كان يشير بالغراغر ، والمراهم في دور توسّف البثور .

ونرى لسوء الحظ ان هذه المداواة الرشيدة لم تتبع عادةً في القرنين السادس عشر والسابع عشر الا في اواخر القرن الثامن عشر حين ادرك اعلام الاطباء الفائدة التي انطوت عليها طريقة الرازي في المداواة . حتى ان سيدنهام الانكليزي المشهور كان يشير بالمساهل الشديدة (drastic) وبوضع الحرارة لاخراج البثور قال فرند في هذا الصدد :

ان ابن وطننا دفع هذه الفكرة الى المدى الاقصى في الطبعة الاولى لمؤلفاته . ولكنه عاد فتذرع بالحكمة واهمل جانباً كبيراً مما ذهب اليه فاعتمد الطريقة المعتدلة لانطباقها على العقل ولملاءمتها مزاج السكان في هذه الجزيرة :

وبعبارة اخرى فان سيدنهام عاد فاستعمل وسائط شبيهة بوسائط الرازي وعليه فاننا نستطيع القول انه لولا ان ادوار جنر استنبط طريقة التلقيح

للوقاية من الجدري في السنة ١٧٩٨ فان وصف هذا الداء وطريقة مداواته لم يضف اليهما الا الشيء القليل في السنوات الألف الاخيرة . ومن المفيد ان نشير الى ان الرازي حاول في القسم الأخير من الفصل الاول في رسالته ان يعلل قلة حدوث الجدري في الشيوخ فقال :

اما بشأن الشيوخ فانهم قلما يصابون بالجدري الا اذا كان الهواء من النوع الفاسد الخبيث الملائم لانتشار الوباء فينتشر اذ ذاك لان الهواء الفاسد الذي يكون مثقلاً بمقدار غير اعتيادي من الرطوبة والحرارة، والهواء الجاف والحار يساعدان على تفشي هذا الداء بتحويل الروح في بطيني القلب الى طبع الهواء الخاص فيفسد القلب بدوره جميع الدم في الشرايين .

فهذه العبارة تثبت بدون شك ان الرازي كان عالماً بوجود الدم في القلب والشرايين وبانتشار الفساد من دم القلب الى دم الشرايين وان الدم الفاسد ينقله القلب الى الشرايين . وانه وان يكن في هذا القول اشارة الى عمل القلب ودوران الدم ، فمن المحقق ان ما كتبه الرازي يدل على انه كان يعلم بدوران الدم . ومن الغرابة ان الدور الذي يلعبه القلب والشرايين في نقل الامراض الانتانية الى جميع اقسام الجسد ، على حد ما ذكره الرازي لم يعره الكتاب الغربيون الانتباه الكافي ولا سيما حين نقلت رسالته في الجدري الى مختلف اللغات خمس وثلاثين مرة في برهة اربع مائة سنة .

شخصية الرازي

لا ريب فيما تقدم ان الرازي كان عالماً حاذقاً لا يعرف الكلل . وكان

بصيراً قديراً يستطيع الاستفادة مما يشاهده في هذه الطبيعة خلافاً لأهل عصره الذين كانوا يستقون جُلّ معارفهم الطبية من الاغريق . وكانت معارفه الاخلاقية تزيد معارفه السريرية دقة على حدّ ما ذكره في احد مؤلفاته المسمى « في الاحوال التي تحوّل قلوب اكثر الناس عن الطبيب المشهور » حين يقول :

من الامور التي تجعل الناس ينقلبون على الطبيب الحاذق وتدفعهم الى وضع ثقتهم بالدجالين ، ما يتوهمونه من ان الطبيب واقف على كل شيء فلا يحتاج الى القاء الاسئلة . فاذا نظر بول المريض او جس نبضه يتوقع الناس منه ان يعرف ما أكله ذلك المريض او ما كان يقوم به من الاعمال فاذا تظاهر الطبيب بمعرفة الشؤون التي هي على هذه الشاكلة فلا تكون معرفته لها اذ ذاك الا كذباً وخداعاً اذ انه لا يستطيعها الا بطرق باب الحيل واللجوء الى الدهاء في الكلام والقاء الاسئلة ، لتنطلي شعوذته على السواد الاعظم من الناس .

ومن الاطباء من يستأجر اشخاصاً رجالاً كانوا ام نساءً فيطلع هؤلاء علي احوال المريض الخاصة وينقلون الى الطبيب ما وقفوا عليه من خدم المريض او اصدقائه او جيرانه . اما انا فحين مباشرتي مزاولة الطب عزمت على عدم القاء الاسئلة حين فحص البول فاصابني بذلك الشيء الكثير من المدح والثناء ولكن حين رأى الناس انني اخذت باستجواب المرضى ، تضاءلت شهرتي عن ذي قبل .

ومن الامور التي تعرض الاطباء لاحتقار الناس لهم ان كثيراً من الامراض

لم يبتعد بعد الا قليلًا عن حالة الصحة ولذلك يصعب تمييزها وشفاؤها وغيرها يكون خبيثاً في ذاته في حين ان مظاهره الخارجية تدل على انه بسيط لا شأن له . وحين يرى الرجل العامي الطبيب مرتاباً في شفاء علته يستنتج ان الطبيب يكون اقل معرفة للعلل الاخرى التي تكون اشد وطأة من علته وتلك مقايسة باطلة بدون شك. اذ ان اعراض هذه الامراض البسيطة اقل ظهوراً من سواها لانها لا تزيد عن كونها انحرافات طفيفة عن الحالة الطبيعية ثم ان شفاءها صعب لتعذر استعمال العلاجات القوية واقتصار المداواة على امور بطيئة التأثير كتعديل الطعام وما اشبه . وحدث ان شكا احد موظفي المستشفى صعوبة الحركة في احدى اصابعه لاصابتها بدمل صغير شديد الصلابة لم تنجع في شفائه الادوية التي استعملها . ولم يلبث ان جهر بذم الاطباء قائلًا « اذا كان علمكم ليس كافياً لشفاء دمل صغير على الاصبع فهل تستطيعون معالجة السواعد والاضلاع المكسورة ؟» ثم انه ذهب يتداوى عند بعض النسوة والدجالين من العامة .

وتنطوي شخصية الرازي على الشيء الكثير من الرأفة ببني الانسان وكان يجل الطب اجلالاً كبيراً كما يظهر من اكثر اقواله المأثورة . ناهيك القول التالي الذي يكشف لنا من حقيقة شخصيته ما لا نصادفه في اقوال معاصريه « على الطبيب ان يطمع بشفاء مريضه ، اكثر من رغبته في نيل اجوره ، وعليه ان يفضل معالجة الفقراء على معالجة الاغنياء ويجب ان يكون دقيقاً في تعليماته جاداً في نفع السواد الاعظم من الناس» .

ولا ريب بانه كان على صواب في ما يعتقده من ان ما نعلمه من الطب يحط

كثيراً عن درجة الكمال ، فلا بد اذن ان يكون الطبيب على جانب كبير من التواضع .

واورد فرند ما ذكره الرازي في كتاب المنصوري عن الدجالين مايلي:

« المشعوذين والدجالين في الطب حيل كثيرة لا تكفي لاستيعابها رسالة كاملة لو انني أردت ذلك . ولكن جهلهم المطبق وقحتهم الشديدة تعادلان الجرم الشائن الذي يقترفونه في تعذيب المرضى بلا سبب في ساعاتهم الاخيرة فبعضهم يزعم انه يشفي المرض النازل فيجعل له مخرجاً في مؤخرة الرأس بشكل صليب ويضع يديه عليه مدعياً انه أخرج شيئاً منه . والآخرون يزعمون ان باستطاعتهم استخراج الافاعي والحراذين من آناف المرضى فيدخلون الى انف المريض مسبراً حديدياً دقيقاً ويأخذون بجرح المنخرين الى ان يسيل الدم ثم يتظاهرون باخراج هذه الحيوانات الصغيرة من المنخرين في حين انها لا تكون سوى قطع كبد كانوا يخفونها عن الانظار بكل مهارة وبعضهم يدعي انه يتمكن من ازالة البقع البيض من العيون فيدخل الى العين بدون ان يراه احد قطعة قماش بيضاء صغيرة ثم يضع آلته ويخرج القطعة التي وضعها متظاهراً بانه ازالها من العين . واغرب من ذلك ان من هؤلاء الدجالين من يوهم الناس بامتصاص الماء من الاذن فيأخذ شيئاً من الماء في فمه ثم يضع فيه انبوباً يدخل طرفه الآخر الى الاذن ويدفع الماء من فمه الى الانبوب فيخرج من الطرف الآخر ويبدو كأنه خرج من الاذن وبعض منهم يزعم انه يستطيع اخراج الديدان من الاذن او من بين جذور الاسنان وغيرهم يخرج الضفادع من اسفل اللسان فيبضع الفم ويخرج

الضفدع الذي كان يخفيه عن الانظار . وان انسَ لا انسَ قطع العظام التي يدخلونها الى الجراح والقروح وبعد بقائها مدةمن الزمان يعودون فيخرجونها من مكانها . ومنهم من اذا استخرج حصاةً من المثانة يقنع المريض بوجود حصاة اخرى فيها ، واحياناً فانهم يقومون بقثترة المثانة في حين انهم جهلاء لايستطيعون ان يعرفوا هل الحصاة موجودة ام لا . واذا هم لم يجدوا الحصاة يهيئون حصاة اخرى فيوهمون بها انها الحصاة التي استخرجوها . واحياناً يبضعون الشرج لمعالجة البواسير ثم يعيدون العملية مراراً الى ان يتكون ناسور او قرحة في حين انه لم يكن شيء من ذلك قبل العملية . وبعضهم يقول انه يخرج البلغم بشكل مادة شبيهة بالزجاج من القضيب او من قسم آخر من الجسد بواسطة انبوب يضعونه في فمهم بعد ملاته بالماء .

ومن هؤلاء الدجالين من يدعي انه يجمع اخلاط الجسد في مكان واحد بفركه بالكرز الشتوي فيحدث ذلك حرقة او التهاباً ثم يدهنون الجسد بالزيت ليزول الألم موقتاً وبعد ذلك فانهم يتوقعون نيل الاجر كأنهم شفوا العلة . ومن حيلهم انهم يوهمون المريض انه ابتلع قطعاً من الزجاج فيدخلون ريشة الى الحلق ويحملون المريض على التقيوء فتخرج قطع الزجاج التي ادخلوها بالريشة .

وعلى هذا المنوال يستطيع هؤلاء المشعوذون بكل مهارة اخراج اشياء متنوعة كانوا وضعوها حين مباشرة العمل ، مع ما في ذلك من تعريض صحة المريض للخطر ، وتسبيب موته في بعض الاحيان

على ان هذه الحيل لا تنطلي على الاذكياء من المرضى ولكن بما انهم

يثقون بهولاء الاطباء لا يرتابون بشعوذتهم الا بعد حين فينتبهون لاعمالهم ويكتشفون الحيل التي كانوا يبالغون في اخفائها . فعلى العقلاء اذن ألاّ يجعلوا حياتهم العوبة في ايدي هولاء المشعوذين والاّ يتناولوا شيئاً من ادويتهم التي سببت الموت للكثيرين » . اه

يرى القارىء ان هذا الوصف الصادق للدجالين والمشعوذين في عصر الرازي كان بعيد التأثير في نفس ذلك الطبيب الاستاذ الذي عاش في القرن العاشر وكان في حياته اصدق مثال للاجتهاد والاخلاص وعلو الهمة . وروى انه فقد بصره في آخر حياته بمرض الساد فاشار عليه احد الجراحين بالعملية لاسترداد بصره فاجابه كلا لقد تعبت عيناي من كثرة ما شاهدته في هذا العالم فلم اعد اطيق رؤية اكثر من ذلك . ومع ان الرازي كان ممن يحسدون على وفرة اعمالهم الطبية وكان رئيس الاطباء في اكبر مستشفى ببغداد ، فانه كان بعيداً كل البعد عن منفعته الخاصة فعاش زاهداً فاضلًا ومات ضريراً فقيراً .

❀❀❀

افريقية الجنوبية

للعليم لوسركل استاذ السريريات الجراحية سابقاً

ترجمها العليم مرشد خاطر

يدهش الاوربي اشدّ الدهشة اذا اكتفى بالمعلومات الجغرافية التي تلقنها منذ حداثته عن افريقية الجنوبية ولو اكملها بمطالعاته المقبلة ، متى وطئت قدماه العاصمة كاب تون (Cape-Town) فجال فيها ثم انتقل متنزهاً في ضواحيها يتمثل الكثيرون حتى الآن متى ذكرت لهم افريقية الجنوبية صحراء مترامية الاطراف قد احتفرت فيها هنا وهناك بعض الانفاق لاستخراج الذهب او الماس، يتمثلونها بلاداً صعبة القياد وقفت فيها فرق الجنود البيض تناوش الزنوج سكان تلك الاقطار وتدعوهم الى السكينة .

ان همرفاست الجميلة هذه المدينة الاوربية الأبعد موقعاً في الشمال ادهشتني حينما زرت تلك النواحي الشمالية منذ بضع سنوات ولكن دهشتي كانت اشدّ حينما دخلت كاب تون هذه المدينة الأبعد موقعاً في جنوبي افريقية ورأيت فيها كل ما هو حديث وادركت مساحتها الكبيرة .

كاب تون مدينة يبلغ عدد سكانها ٢٥٠,٠٠٠ قامت على ضفاف نهر صغير تحيط به الخضرة، شوارعها جميلة ومخازنها وابنيتها بديعة فيها دار للمجلس النيابي لطيفة الهندسة ودور للصور المتحركة ولكل ما تتطلبه الحياة الحاضرة، حركة التجارة فيها نشيطة ، شوارعها تعج عجيجاً يدهش الناظر ، فيها جنائن مرتبة ترتيباً عجيباً وازهار واثمار من ألذّ ما رأت العين وذاق الفم شيدت فيها دارات

(villas) هولندية جميلة البناء تحيط بها الاشجار الباسقة والحدائق الغناء وقد امتدت في ضواحي المدينة اغراس الكرمة التي كان الكلفانيون المطرودون من فرنسة بموجب مرسوم نانت في السنة ١٦٨٥ اول من غرسها فقد حملوا معهم الى هذه الارض الهولندية مع بعض اغراس الكرمة شجاعتهم . ايمانهم ولا تزال بعض انواع تلك الاغراس تسمى باسماء فرنسية .

ويستلفت النظر ما بين الدور الشاهقة المشيدة في تلك المدينة الافريقية بناء قد امتاز باتساعه وموقعه الجميل والاطار الذي يطوقه، هو دار الجامعة التي ترتمي على اقدامها الجنائن البديعة وتعلو حتى نوافذها الاشجار القديمة وتحيط بها الاحراج التي احسن ساسيلوس رودوس ترتيبها فكسا بها ذلك الجبل منذ الجامعة حتى البحر قريباً من ذلك الاثر الجميل الذي شيد تذكاراً لذلك الوزير الذي يعدّ في بلاده نابوليوناً آخر .

وتتألف الجامعة من المعاهد جميعها والمعهد الطبي احدها حيث الطلبة ينامون ويدرسون. وكانت المعاهد حين زيارتنا مغلقة بسبب العطلة السنوية. وقد قام بالقرب من المعهد مستشفى كبير وقف بناؤه لقلة المخصصات ولاستحكام الازمة حتى في تلك البلاد ايضاً . وفي المدينة مستشفيات كثيرة يقصد اليها المرضى للاستشفاء واكبرها مخصص للتعليم، وقد شيد على ربوة مشرفة على البحر قريبة من الميناء في طرف المدينة الثاني وفيه ثلاثمائة سرير تتألف منها شعبتان للامراض الباطنة وشعبة للامراض السارية وشعبتان جراحيتان وشعبة للامراض البولية واخرى للامراض النسائية وشعبة لامراض الاطفال واخرى لامراض العيون والاذن والحنجرة والانف .

وروساء الشعبة انكليز او هولنديون والطرق التي يتبعونها انكليزية غير ان المعاون في الشعبة البولية زار باريس في اثناء عودته من انكلترة وعرف فيها شافسو وماريون ولوغو واما معاون الامراض النسائية فلم يسمع باسم ج . ل . فور .

وقد حضرت عملية في القحف وكان الحاضرون مرتدين قمصاناً بيضاً وعلى وجوههم القنع العقيمة وقد غصت بهم قاعة العمليات . وعهد الى احدى الممرضات بالقطائل (تامبون) والخيوط وطبق الآلات . وخدر المريض بالكلوروفورم بجهاز خاص لا اعرفه وكان في قاعة العملية المنارة بمصباح لا ظل له (scialytique) معدات كثيرة مغاسل وخزائن آلات مما لا حاجة الى ذكره . وقد دعتني الممرضة الى شرب الشاي في قاعة فيها بعض المقاعد واقعة ما بين صوان (vestiaire) الطلبة وقاعة التعقيم وقريبة من قاعة العمليات فاعتذرت عن قبول الدعوة وشكرت لها عاطفتها اللطيفة .

ويظهر ان المستشفى قديم على الرغم من اروقته الكبيرة الخارجية المعدة لتنزه المرضى وقاعاته الفسيحة ومعداته الحديثة فان سقوفه وسلالمه الخشبية تدل على قدم عهده . وجميع القائمين على ادارة المستشفى ملكيون وهم ينتظرون بفارغ الصبر اكمال الابنية الجديدة في الحرج القريب من الجامعة لينتقلوا اليها

وقد اقترح عليّ البعض ان ازور مستشفى خاصاً فاجبتهم ولِمَ ؟ انني اهتم بالنظر الى الطرق المتبعة في التعليم . واتذكر ان احد اطباء الباخرة (فرنكونيا) هو مخرج قديم من جامعة كاب تون

والامر الذي استرعى نظري في زيارتي هو فصل المرضى البيض عن

المرضى السود في القاعات التي يعالجون فيها وفي قاعات الانتظار بالعيادات الخارجية وفي كل مكان يستطاع به التقاء العرقين . ان هذا الفرز كان له في نفسي التأثير الشديد ولا سيما في شعبة الاطفال التي قد جهزت احسن تجهيز ونقشت جدرانها باحسن النقوش فقد رأيت فيها الاطفال السود يبتسمون لي ابتسامة لا تقل لطفاً عن ابتسامة الاولاد البيض في القاعات المجاورة لها. ان البيض والسود متساوون بازاء المرض فلماذا نفرق بينهم في شقائهم ونفصل بعضهم عن البعض الآخر ؟ لعلّ للبيض في افريقية الجنوبية عذرهم في ما يصنعون غير ان الاجنبي لا يستطيع المرور بامر كهذا بدون ان يبدي هذه الملاحظة .

اما الطلبة الذين يواظبون في هذا المستشفى فهم زهاء مائة طالب ولا يدخل الطلبة الشعب السريرية الا في السنة الرابعة : فسنة للطب الباطن العام وسنة للجراحة العامة وسنة للاختصاص. ومدة الدراسة ست سنوات منها سنة ط . ك . أ (P.C.B) والعطلة الكبيرة ثلاثة اشهر (كانون الاول وكانون الثاني وشباط) ثم عطلة اخرى في تموز ما بين فصلي السنة

وبعد ان انهيت هذه السياحة القصيرة وعدت الى الباخرة لاستقل في اليوم الثاني القطار الذاهب الى شلالات زامباز غزت جماعة من السيدات الباخرة لجمع الاعانات للمستشفيات فقلت في نفسي ان هذه البلاد التي تظهر بمظهر الثراء وبحبوحة العيش لا يهتم اغنياؤها كما يظهر بمن احاق بهم البؤس والشقاء من ابنائها وبعد ان نفحتهن بما جادت النفس به علقن على ردائي اشارة الصليب الاحمر المعروفة في جميع البلدان .

والمركز الثاني للجامعات في افريقية الجنوبية هو جوهنسبورغ فان المعاهد جميعها قد جمعت في مركز واحد : معهد الحقوق والآداب والعلوم والمعادن الا معهد الطب القديم العهد الذي لا يزال ملاصقاً للمستشفى العام. وبرامج الدروس فيه مطابقة كل المطابقة لبرامج معهد كاب تون الأقدم عهداً منه ومدة الدراسة فيه ست سنوات .

وفي مستشفيات هذه المدينة التي يعد سكانها اربعمائة الف زهاء ١٢٠٠ سرير منها ٥١٠ في المستشفى العام . وعدد الاطباء بما فيهم اساتذة المعهد الذين يقومون بشعب هذه المستشفيات تسعون طبيباً بينهم الجراحون والاختصاصيون وعدد الاشخاص الاداريين الف ومئة منهم ٤٧٠ ممرضة ذوات شهادات فيكون عدد من في المستشفيات من مرضى واداريين واطباء زهاء ٢٤٠٠ شخص

وقد ألحق بالمستشفى مستوصف للتحريات الطبية وهو دار جميلة تشرف على الجامعة يديرها الآن احد حفدة ليستر الكبير . وفيها شعبتان : احداها للتتبعات في امراض البلاد الحارة والآفات الخاصة بالمعدنين واما الثانية فتقوم بالتحريات العادية وتحضير المصول واللقاحات . وقد تقدم التعليم في تلك البلاد تقدماً باهراً لان الاهلين الذين جمعوا الثروة منذ مدة قصيرة يرغبون في تعليم ابنائهم العلوم التي لم يمكنهم ضيق ذات يدهم في الماضي من اقتباسها أضف الى ذلك ان الطلبة الذين كانوا يذهبون الى اوربة لاقتباس العلوم فيها كانوا يرون انفسهم مضطرين الى ارتياد جامعات افريقية للاطلاع على امراض البلاد الخاصة التي سيمارسون مهنتهم فيها . والطلبة والاساتذة في تلك البلاد يبذلون ما في وسعهم لاتقان علومهم وترقية معارفهم ضناً بسمعة بلادهم ومعهدهم

أنشئت جامعة جونسبورغ في السنة ١٩١٦ ولا تزال منذ نشأتها آخذة في الرقي . وكان عدد طلبتها حين افتتاحها ٦٦ طالباً وهم الآن ١٨٠٠ غير ان رقيها تعترضه شأن جميع المعاهد الفتية بعض العقبات ومصدر بعضها جهل اهل الطلبة الذين جمعوا الثروة ولكنهم لا يزالون اميين ومصدر البعض الآخر آت من النزعتين اللتين لا تزالان قائمتين في تلك البلاد فان البعض يرغب في تقديم الافريقي المتسلسل من الهولنديين الاولين الذين احتلوا البلاد والبعض الآخر يرغب في تقديم الانكليزي وتنافس كهذا يجرُّ الخراب . وللالعاب الرياضية شأن في هذه الجامعة فقد خصصت بها فسحات واسعة حول ابنية الجامعة .

والآن قبل ان انهي الكلام لا بد لي من ابداء ذكرياتي كسائح : بعد ان قطعنا كروم الكاب واحراجها اجتزنا السرود القاحلة المفضية الى معادن الماس . وكنت قد وقفت في كومبرلاز على الادوار المختلفة لاستخراج هذا الحجر الثمين حتى خروجه من الفرن الذي يشوى فيه لتزال عنه الشحوم التي استعملت لتثبيته قبل ارساله الى النحت في اوربه . وسرت ساعات على ضفة نهر الزمباز الكبير فلم تقع عيناي على تلك الازهار الغريبة التي يذكرها السياح معجبين بها . ورأيت التماسيح والاسود ووحداء القرن التي لم تستغرب كما ظهر لي رؤية الانسان . ولم نر الزرافة ولا الكركدن (rhinocéros) . ورأينا زنوجاً هزلى يقيمون اكواخهم قرب برك الماء القريبة من الخط الحديدي .
وفي صباح ذات يوم بعد ان افقت لاحظت ان القطار كان يجتاز حقلًا زرعت فيه الفاصوليا . فعرفت أننا بلغنا الاراضي الخصبة الغنية بمعادنها الذهبية الثمينة

وكنت قد شهدت في جوهونسبورغ جميع ادوار الاستحضارات المستعملة في استخراج الذهب من التربه . فان كل ٧٠ كيلو غراماً من التربة فيها زهاء غرام من الذهب فتأملت في جوهسنبورغ الماضية الحقيرة وتأملتها اليوم وقد اصبحت مدينة كبيرة ومرت في خاطري الحرب الانكليزية البويرية والرقيق .

والقطار الذي نركبه الآن حيث قضينا ثماني ليال هذا القطار الذي يوزع خادم مطعمه في كل مساء على الركاب اقراص الكينين للوقاية من البرداء وحيث يستطيع المسافر ان يغتسل في كل صباح يجتاز بنا الآن حقولاً مخصبة ليست حقولنا في فرنسة باخصب ولا اجمل منها وسيوصلنا الى دوربن (Durban) حيث الباخرة تنتظرنا .

ان دوربن مدينة جميلة هندستها انكليزية اميركية فيها الشواطىء الجميلة والفنادق البديعة كأنها نيس الفرنسية. هناك افريقية الجديدة التي أثرى سكانها البيض بخيرات اراضيها وبرتقالها الذي يرسلونه رأساً الى اسواق انكلترة ، وسكانها السود الذين بعد ان داس الاوربي ارضهم وادخل فيها الحضارة وبنى الابنية كان منهم البناؤن والنجارون واصحاب المهن المختلفة . انك ترى في دوربن جميع ما تراه في المدن الاوربية الحديثة من قطر حديدية وحافلات وسيارات والخ . . والقطر الحديدية هي ملك الحكومة التي سنت قانوناً يمنع اصحاب البيوت في الضواحي من نقل خضارهم التي يحتاجون اليها في بيوتهم بالعجلات واذا فعلوا كانوا عرضة لعقاب صارم فجميع الاشياء تنقل في القطار الحديدي لتكثر وارداته فلا يثقل خزانة الحكومة بنفقاته . ان السفر كتاب يطالع فيه المسافر ما ينير به عقله ويوسع معارفه .

الدوتيريوم

او

« الهدرجين الثقيل »

(٣)

للعليم في الصيدلة والكيمياوي صلاح الدين مسعود الكواكبي

وفي السنة ١٩١٢ اشار أوكين (Eucken) الى ان الحرارة النوعية لذرة الهدرجين تنقص في درجات منخفضة من الحرارة وانه بدأً من الدرجة ٥٠° المطلقة تصبح الذرة على حال كحال الغازات الوحيدة الجوهر كان الحركات الدورانية الداخلية فيها قد توقفت او على الأقل لم تعد تتغير ابداً. والتجارب العديدة التي قام بها كثير من العلماء المجربين مكنت من وضع المنحني البياني لهذا الفرق اي لمعادلة

ت = تا (ت)
دوران

ولبث تعليله النظري ردحاً من الزمن سراً من الاسرار ووضعت بشأنه شتى الفرضيات لملاحظة تحولات ت (دوران) هذه تبعاً للحرارة لم تتأيد صحتها فاهملت حتى كتب النجاح لدنيسون (Denisson) احد العلماء الافذاذ في ميكانيك الموجان الجديد فجاء في السنة ١٩٢٧ بحل لهذه المسألة توافق والحل الذي وصل اليه الطيوفيون (spectroscopistes). فكما ان هؤلاء قد قسموا حالات الدوران الى زمرتين: زمرة ذات (تا) شفع ، وزمرة ذات (تا) وتر

ليس بينهما تركب ممكن ، كذلك فرض دنيسون في تعليل شذوذ الحرارة النوعية ان سلسلة الذرات التي تكون فيها (ثا) شفعاً هي غاز تختلف تماماً عن غاز السلسلة التي تكون فيها (ثا) وتراً. على هذا فكل من هذين الغازين يسخن لوحده ولحسابه الخاص وان وزن $غ_{ثا}$ لكل منهما هو (٢ ثا + ١) ولكل منهما معادلة تابعية خاصة به $\left(كم_{بارا}\right)$ الذي يسمى بارا و $\left(كم_{اورتو}\right)$ الذي يدعى اورتو كما يلي :

$$\left.\begin{array}{l} كم_{بارا} = ١ + ٥ قد'^{-٦ج} + ٩ قد'^{-٢٠ج} + \ldots\ldots \\ كم_{اورتو} = ٣ قد'^{-٢ج} + ٧ قد'^{-١٢ج} + \ldots\ldots \end{array}\right\} \ldots\ldots\ldots (١٣)$$

على ان تكون ج = $\frac{هـ^{٢}}{٨ \pi^{٢} عز}$ س،س = $\frac{١}{ثا ت}$ ، عز = عزم عطالة الذرة

وطبقاً للمحاكات التي اجريت بشأن الطيف جعل للشكل اورتو مجموع وزن ثابت قدره ٣ فاذا رمز لتكاثف توازن الشكل بارا بالرمز $تك_{بارا}$ كان تكاثف الشكل اورتو ١ − $تك_{بارا}$ بحيث يستحصل :

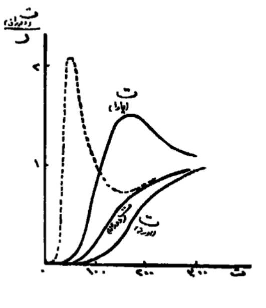
$$\frac{تك_{بارا}}{١ - تك_{بارا}} = \frac{كم_{بارا}}{٣ كم_{اورتو}} \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (١٤)$$

فاذا كان الغازان حقاً مختلفين وجب ان تكون حرارة مزيجهما النوعية خاضعة لدستور التضامّ :

$$ت_{مزيج} = ع_{بارا}\, ت_{بارا} + (١ - ع_{بارا})\, ت_{اورتو} \quad \ldots\ldots\ldots \quad (١٥)$$

لأجل جزء من البارا قدره $ع_{بارا}$ على ان تكون $ت_{بارا}$ رمزاً لحرارة الدوران لنوع البارا و $ت_{اورتو}$ لنوع الاورتو .

ولقد ايد دنيسون ان المعادلة رقم (١٥) تحسب لقيمة $ت_{دوران}$ التجربية حسابها اذا عد الجزء $ع_{بارا}$ ثابتاً ومساوياً قيمتهفي الدرجات العاليةمن الحرارة التي هي $\frac{١}{٣}$. وفي الشكل ٣ صورة المنحنيات $ت_{بارا}$ و $ت_{اورتو}$ و $ت_{دوران}$. اما المنحني المنقّط فهو ما وجده بوتلير (Beutler) سنة ١٩٢٨ بالحساب والذي



الشكل ٣ — منحنيات الحرارة النوعية

$ت_{بارا}$ — منحني الحرارةالنوعية للنوع بارا

$ت_{اورتو}$ — « « « « اورتو

$ت_{دوران}$ — « « « « الدورانية الذي وجد بالتجربة

المنحني المنقط ، وقد وجد بالحساب ، هو ما كان يجب ان يحصل عليه لو كان الغاز وحيداً غير مزيج

كان يجب ان يحصل عليه لو كان الغاز وحيداً غير مزيج ولم يكن بين حالتي الدورانين الشفع والوتر تركب داخلي .

وبعد هذا الجدال العلمي الطويل بين العلماء وثبوت وجود نوع آخر

للهدرجين نظرياً كان القول الفصل للفيزياء التجربية وخصوصاً للمخابر المتولجة درس درجات الحرارة المنخفضة. فقد تمكن الاساتذة البحاثين فيها من اثبات وجود هذين النوعين اولاً ومن فصلهما ثانياً .

تجهيز البارا هدرجين وخواصه . — ان التوازن بين شكلي الهدرجين لا يختل ما دام الهدرجين الاعتيادي ، في حرارة منخفضة طيلة العملية التي تقدر بها حرارته النوعية مما يدل على ان نوع البارا ثابت في الدرجات المنخفضة من الحرارة. وقد جعل اوكين وهيللر (Hiller) سنة ١٩٢٩ الهدرجين العادي تحت ضغط قدره ١٨٠ جوياً وفي حرارة الهواء السائل مدة شهور عديدة واخذا من حين لآخر يعينان منحني الحرارة النوعية فوجدا ان تحول حرارة المزيج النوعية $ت_{مزيج}$ كان واضحاً في اليوم الخامس حتى العاشر وكان المنحني العائد الى $ن_{دوران}$ يتحول نحو المنحني العائد للشكل بارا الصافي والقيم المستحصلة تنطبق تماماً على معادلة التضام المارة الذكر (رقم ١٥) التي تزداد قيمة $ع_{بارا}$ فيها مع الزمن مما يدل على ان التوازن يتحول في هذه الشروط تحولاً بطيئاً .

ولم يمكن فصل البارا هدرجين الا في السنة ١٩٢٨ وقد ساعد على ذلك تجارب بونهوفر (Bonhœffer) وهارتك (Harteck) اذ قد وجدا ان استعمال جسم وسيط (كتاليزور) كالفحم الفعال يسرع الاستحالة . فاذا استجذب الهدرجين بالفحم الفعال المبرد بالهدرجين السائل الى — ٢٥٠° (٢١,٢° درجة مطلقة) تكاد الاستحالة تكون آنية وتامة لأن عشرين دقيقة تكفي للحصول على مزيج يحوي ٩٩,٧ ٪ من البارا . ومن درجة — ١٠٠° سنتغراد

فما فوق لا يشاهد تحول في نسبة الغازين اذ تصبح ١ من البارا الى ٣ من الاورتو .

وقد استفيد من خاصة نقل الهدرجين للحرارة في تقدير كمية شكليه وذلك باستعمال سلك دقيق جداً من البلاتين يسخَّن بتيار كهرباوي الى ٢٠٠° مطلقة في انبوب محتوٍ على الهدرجين المطلوب فحصه، تحت ضغط ٤٠ ملمتراً تقريباً ، ومغموس في الهدرجين السائل . فبامرار كمية معلومة من القدرة الكهرباوية في هذا السلك يشاهد ان حرارته تكون اقل في البارا منها في الهدرجين العادي مما يدل على ان البارا اجود نقلاً للحرارة من الهدرجين العادي . اما حرارة السلك فتقدر بمقاومته الكهرباوية بجسر واطستن (Wheatstone) . وقد وجدت ١١١,٨٥ اوم في الغاز العادي و ١٠٦,٢٥ اوم في الباراهدرجين الصرف .

للباراهدرجين اذا كان صرفاً (١٠٠ ٪) توتر بخار يبلغ ٧٨٧(± ١) ملمتراً في حرارة ٢٠,٣٩° مطلقة . اما الغاز الاعتيادي فله في الشروط ذاتها توتر قدره ٧٦٠ ملمتراً .

نقطة انصهار الباراهدرجين ١٣,٨٨ مطلقة . اما حرارة بخره فتساوي حرارة بخر الغاز الاعتيادي اي ٢٢٠ سعراً . ويلاحظ هنا ان حرارة البخر هذه ضعيفة تلقاء فرق القدرة بين الشكلين ذوي دوران اصغر ،في الدرجات المنخفضة جداً من الحرارة. فان فروق القدرة $\text{قد}'_{\text{دوران}}$ لأجل ثا = ٠

و ثا = ١ هي $\frac{\text{ه}^{٢}}{٢\ ٤\pi\ \text{عز}}$ في الذرة الواحدة و $\frac{\text{ه}^{٢}}{٢\ ٤\pi\ \text{عز}}$ ن

(ن = ٦٠٠٦ × ١٠^٢٣) في ذرة غرامية مما ينتج معه ٣٣٠ سعراً .

اما حرارة الاستحالة من شكل لآخر في حرارة قدرها(٥. ٧٧° و ٤. ٢٠° مطلقة) وعلى كميتين مساويتين لمقداري الاستجذاب(adsorption)والاستلفاظ (désorption) فهي ٧٤ و ٢٤١ سعراً والنظرية توجب ٧٨ و ٢٤٧ مما يدل على صحة المبادىء التي بنيت عليها هذه الأقيسة .

البارا هدرجين يمكن ان يحفظ مدة طولى في درجة الحرارة الاعتيادية دون ان يطرأ عليه تبدل يذكر لان التجارب التي اجريت على هذا الغاز محفوظاً في حرارة منخفضة جداً دلت على ان فناء نصف مقداره يحتاج الى سنة واحدة مما يتوافق والنتيجة المستنبطة بقوانين ميكانيك الموجان لعمره الوسط .

فحينما نستعمل الهدرجين في درجة الحرارة المعتادة فلا يكون بين ايدينا الا مزيج من النوعين ١/٤ من ذرات البارا و ٣/٤ من ذرات الاورتو .

لنأتِ الآن الى نظير الهدرجين .

٢ — الدوتيريوم أو الهدرجين الثقيل

لم يكن لكشف البارا والاورتو الا شأن نظري اما كشف الدوتيريوم (النظير الثقيل لجوهر الهدرجين) فقد كان له صدى بعيد المدى لخطورته من الوجهة العملية كما سيأتيك شرحه .

بعد ابحاث صوداي (Sodday) القيمة على العناصر المشعة واعمال طمسن وآستن على الاشعة الايجابية وجب العدول عن مصطلحي العنصر والجوهر

الفرد الى مصطلح (مزيج ممكن) من النظائر اعني الى جواهر ذوات نوى متماثلة شحنةً متخالفة كتلةً . مثال ذلك الليتيوم فقد تأيد انه مزيج نظيرين احدهما بكتلة جوهرية ٦ والثاني ٧ والنسبة بينهما بحيث ينتج منهما الوزن الجوهري ٦,٩٤ المعروف المقدر بالطرق الكيمياوية المعلومة .

ولقد تمكن آستن سنة ١٩٢٥ بجهازه الخاص لتصوير الطيوف (*) من فصل عدة عناصر اشتهرت الى ذلك الحين بانها بسيطة كالليتيوم مثلًا ، الى جملة نظائر .

والذي يهمنا في بحثنا ، حالتان : حالة الهدرجين وحالة الاكسجين لانهما متخذان وحدة قياسية لجملة الاوزان الجوهرية المعلومة .

في سنة ١٩٢٥ لم يكن بعد ذكر لنظير للاكسجين ولا الهدرجين وكان وزن جوهر هذا الاخير H = ١,٠٠٧٧٨ باعتبار الوزن الجوهري للاكسجين O = ١٦ وفقاً للمقررات الدولية وهو ينطبق تماماً مع الوزن الجوهري المستنبط من تحليل الماء حتى ان آستن نفسه قال في مؤتمر صلفاي المنعقد سنة ١٩٢٢ ان الهدرجين عنصر بسيط وان وزنه الجوهري المقدر بالطرق الكيمياوية تقديراً دقيقاً يدل على تمام الدلالة على كتلة جوهره الحقيقية .

ولم تمض على ذلك سنتان (اي في سنة ١٩٢٩) حتى انقلب الرأي

(*) هو مصور الطيوف للكتل Spectrographe de masse الذي يمكن من تقدير الكتل الجوهرية للنظائر بصحة ودقة تبلغ ١ في العشرة آلاف . (انظر كتاب النظائر للاستاذ داميان ص ٨٧ — ١١٠) .

السائد في حسبان الاكسجين عنصراً بسيطاً اذ لم يعد في الامكان عده كذلك بعد ان تأيد بتجارب جيوك (Giauques) وجونستن (Johnstone) ن الاكسجين العادي ما هو الا مزيج عدة نظائر هن O_{16} ، O_{17} ، O_{18} (•)

فالاكسجين الطبيعي — ممزوجاً بنظائره — والحالة هذه أثقل شيئاً قليلاً من الاكسجين النظير O_{16} الذي كان يعد الى ذلك الوقت وحيد نسجه . وبعبارة اخرى ان الوزن الجوهري الكيمياوي منسوباً للغاز الطبيعي لا يمكن ان يتوافق والوزن الجوهري منسوباً الى O_{16} لان O_{17} في المزيج نادر و O_{18} أندر .

فالارقام المستنبطة بصور الطيوف لأوزان العناصر . الجوهرية هي على هذا اعظم بمقدار هذه النسبة لأنها محسوبة — كما قلنا — وفقاً للاكسجين المتخذ وحدة للقياس بوزن جوهري ١٦ بحيث يكون الخطأ متناسباً مع نسبة النظائر الثلاثة في الاكسجين الطبيعي التي هي على رأي (مه لـ) وشيلدس (Childs):

$$O_{16} : O_{17} : O_{18} = ٦٣٠ \pm ٢٠ : ١ : ٠,٢$$

فنسبة كتلتي الاكسجين الطبيعي والنظير O_{16} هي ١,٠٠٠٢٢ مما يستوجب تصحيح ارقام آستن بتنقيصها قدر ٢٫٢ × ١٠$^{-٤}$.

(للبحث صلة)

(•) الرقم في اسفل رمز العنصر يدل على كتلته الجوهرية .

الجزء ٤ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٦ م الموافق لرجب سنة ١٣٥٥ ه

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا في ٩ حزيران سنة ١٩٣٦

برئاسة العليم سوليه

تليت التقارير التالية :

١ — العليمان مرشد خاطر وبشير العظمه : خراجة مفردة في الرئة اليسرى خزع الرئة ، شفاء . — ان هذه الخراجة لم يعرف سببها وليست متصلة بالقصبات كما استدل من الرسم الشعاعي بعد الحقن بالليبيودول . ولم تفد فيها المعالجة الاميتينية — ولم يستطع اجراء المعالجة الخامصة للرئة بسبب الالتصاقات فعولجت بخزع الرئة وشفيت .

٢ — العليمان ترابو ونجم الدين الجندي : ورم في الوقب منتشر الى السحايا : افضى هذا الورم الى بخص المقلة القسمي وبرز في البلعوم الانفي وفي الحفرة الصدغية ولم يؤذ اعصاب العين المحركة ولكنه افقد العين اليسرى الرؤية وضمّر الحليمة البصرية واضاع حاسة الشم والسمع في الانف والاذن

الايسرين وعلى الرغم من شدة انتشاره فان الاعراض الشخصية كانت خفيفة ولم يزدد توتر المائع الدماغي الشوكي .

٣ — العليم احمد الطباع : استئصال الطحال في حادثتي انشقاق رضي ، نزف مستبطن للصفاق في كلتا الحادثتين ، شفاء : كان الطحال في كلتا الحادثتين ردائياً وكان احدهما كبير الحجم والآخر غير ضخم ولكنه سريع التمزق ، نقل الدم النازف في احدى المشاهدتين بعد مزجه بالمصل الغليكوزي . وربط ذنب الطحال وتم الشفاء .

٤ — العليمان مرشد خاطر وسوليه: احتشاء المعى بانسداد العروق الماساريقية، خثور العروق الحرقفية الظاهرة . — مشاهدة نادرة من خثور الشريان الماساريقي الذي انضمّ اليه خثور الشريانين الحرقفيين الظاهرين في امرأة مسنة خالية من السوابق النوعية، وقد امتازت المشاهدة بخفة الاعراض البطنية، فتح البطن وقطع زهاء ثلاثين سنتمتراً من الامعاء وفوغرت العروتان جانبياً جانبياً، فظهرت بعد يومين الاعراض الدالة على خثور الشريانين الحرقفيين وماتت المريضة في اليوم الثالث .

١ — خراج وحيد في الرئة اليسرى ، خزع الرئة — شفاء

للعليمين

مرشد خاطر وبشير العظمه

لنا الشرف ان نقدم لكم المشاهدة التالية لما فيها من الاستنتاجات المفيدة

دخل عبد طالب السوسني وله من العمر خمسون سنة المستشفى العام بدمشق في العاشر من نيسان سنة ١٩٢٦ لسعال وقشاعات نتنة وافرة تعادل زهاء ٣٠٠ سم٣ في اليوم ، وحمى تتراوح بين ٣٧ و ٣٨°

السوابق : اصيب المريض منذ عشرين سنة بعفونة بدأت بنافض شديد وحمى عالية وقشاعات صدأى واستمرت زهاء عشرة ايام وقد عقبها سعال مستعص وقشاعات نتنة متفاوتة الغزارة .

المعاينة : خرس في قاعدة الرئة اليسرى ، نقص الخفيف التنفسي، خراخر منتشرة هنا وهناك

المعاينة بالاشعة : جرم بحجم البرتقالة الكبيرة في القسم السفلي من الفص العلوي للرئة اليسرى وفي وسطه جوف ممتلىء ماء وهواء . وقد دلّ تقطير الليبيودول في القصبات ان هذا الجيب لا يتصل اتصالاً صريحاً بمجاري التنفس ، الجيب الضلعي الحجابي مبهم ، منظر الرئة اليمنى طبيعي . والنتيجة ان هذا المنظر قد دلّ على خراجة مفردة في الرئة منوسرة وغير متفجرة تفجراً حسناً في القصبات .

المعاينة الجرثومية ليس في القشاعات عصيات كوخ وفيها جراثيم عديدة فهي تعج بالعصيات والمكورات المزدوجة .

المعالجة : جربت المعالجة الدوائية بحقن الوريد بالامتين فصنعت منه سلسلتان يفرق اولاهما عن الثانية يومان وكل من السلسلتين مؤلفة من اربع حقن ومقدار كل حقنة عشرة سنتيغرامات امتين فيكون مجموع ما حقن به وريد هذا المريض ثمانين سنتيغرام كلور مائية الامتين . فلم تفد اقل فائدة .

وجربت ايضاً مطهرات القصبات الاخرى فلم يُجنَ منها نفع . وبعد ان خابت المعالجة الدوائية وعلت حرارة المريض لانحباس قشاعاته نقل الى شعبة الجراحة حيث عوين بالاشعة ثانية وعين مقر خراجته و بُضع

العملية : اجريت في ٢٠ نيسان من السنة ١٩٣٦ ، خدر المريض تخديراً عاماً بالايثر واختير الوضع الجانبي الايمن لان وضعة الجلوس مستصعبة في التخدير العام . ونحتت شريحة قاعدتها في العالي موافقة للضلع السادسة في الناحية تحت الابط اليسرى وقطعت الضلعان السادسة والسابعة ، وبزل الجيب بزلاً استقصائياً ارشاداً للمبضع وتعييناً لعمق الجيب الذي كان بعيداً عن السطح زهاء اربعة سنتمترات ثم شقت بالمبضع الطبقة الجدارية المتكثفة الملتصقة من غشاء الجنب وملحمة الرئة ، فخرج صديد مدمى نتن وخيط قسم من الجرح وفجر الجيب بشريحات مطاط بدون دك بالغزي اليودوفورمي

التوابع : استمرت الحمى مرتفعة في جوار ٣٩ حتى ٢٦ نيسان اي ستة ايام بعد العملية ثم هبطت في ٢٧ نيسان الى الدرجة الطبيعية حتى غرة ايار

وفي الثاني من ايار بلغت الحرارة ٤٠ ووهن المريض وظهر في رئته اليمنى بعض الاحتقان ثم بدا في الخامس منه نفاط الحماق منتشراً في جسده جميعه فعلل لنا ظهور هذه الحمى التي عادت الى الصعود بعد ان كانت طبيعية مدة ستة ايام . ثم هبطت الحمى في الثامن من ايار وظلت في الدرجة الطبيعية الى ان ترك المريض المستشفى في الخامس والعشرين من ايار سنة ١٩٣٦

القشاعات : نقصت في اليوم الثاني وزالت بتاتاً في اليوم الرابع ولم تعد الى الظهور

السعال الذي كان ملازماً المريض منذ عشرين سنة زال وتمكن الجريح من النوم هادئاً

الحالة العامة تحسنت كذلك .

وكان المريض حين تركه للمستشفى آخذاً في التحسن وجرحه قارب الاندمال

....

نستنتج من هذه المشاهدة الامور التالية :

١ً ان هذه الخراجة بدأت في المريض منذ عشرين سنة في عقب اصابته بذات الرئة وان اعراضها كانت تخف تارة وتشتد اخرى ولا سيما نتن القشاعات وريح الفم .

٢ً — ان الامتين لا يفيد دائماً في معالجة خراجات الرئة غير المتحولية كما يدعي تايوهري وبالتاكوني ووايل ولوناي وبروله وهولنو والخ . .

٣ً — ان معالجة خراجات الرئة المستقرة يجب ان تكون جراحية متى خابت المعالجات الدوائية ومتى لم تكن الطرق الخامصة للرئة ممكنة الاجراء بسبب الالتصاقات كما هو الامر في مشاهدتنا التي لم تكن ريح الصدر او برفنة الرئة ممكنتين فيها ويجب ان تحدى المعالجة الجراحية البؤرة مباشرة

٤ً — ان الطريق الابطي العلوي هو افضل طريق في الوصول الى خراجات الفص العلوي

٥ً — ان الشق بالميسم (thermocautère) ودلك الجوف ليسا ضرورين متى لم يكن نزف

٦ً – ان اجراء العملية في زمن واحد مستحسن متى كانت التصاقات وان الاحتياطات التي يشار بها لاجتناب تعفن غشاء الجنب في سياق التوسط الجراحي لا حاجة اليها متى كانت الطبقة الجدارية من غشاء الجنب ملتصقة ومتكثفة .

٧ً - ان تصنيع الصدر البدئي عملية خطرة في مرضى كهولاء انحطت حالتهم العامة .

٨ً -- ان التخدير العام جائز وان يكن التخدير الموضعي مفضلًا عليه متى منع مانع عن اجرائه او متى لم يرضَ به المريض وانه لا يعرض المريض دائماً لقيء صدري تتلقح به الرئة السليمة .

المناقشة

العليم ترابو نذكر بهذه المناسبة اننا قدمنا لجمعية المستشفيات الطبية في باريس في ٢٧ تموز سنة ١٩٢٣ حادثة من داء المتحولات الرئوي الصرف عالجناها بالامتين وشفيت وحادثة ثانية نشرناها في مجلة الطب وعلم الصحة للبلاد الحارة في غرة شباط سنة ١٩٢٨ وهي حادثة خراجة في الرئة لا يعلم سببها وقد شفيت بالامتين ايضاً . واننا متفقون مع الدكتورين خاطر وعظمه اللذين جربا الامتين قبل المعالجة الجراحية لان الامتين بتأثيره في الياف الرئة والقصبات الملس يسهل القيء الصدري الشافي وفي البلاد التي نقطنها حيث داء المتحولات كامن ومنتشر لا نستطيع القول ان المتحولة بريئة من احداث مثل هذه المجامع الرئوية . فالتجاؤنا للامتين يبرره السببان المذكوران آنفاً .

العليم سوليه : اننا نعجب لحقن الوريد بثمانين سنتيغراماً من الامتين بغية

الحصول على قيء صدري

العليم ترابو لا يحقن بالامتين بغية احداث القيء بل تسهيلاً للقيء الصدري اذا كان لا بدّ من حدوثه . واما مقدار الامتين الذي يجب الحقن بـه في جميع حالات داء المتحولات اياً كان مقره فقد حدده مؤتمر علم الصحة الذي عقد في مرسيليه وهو ستون سنتغراماً في السلسلة الواحدة

العليم سوليه هل اختبر احد الزملاء حقن الوريد بالكحول في معالجة تقيحات الرئة فان العليم لا كومب في المستشفى العسكري شفى حادثتين به .

العليم شاهين : ان شفاء الخراجتين اللتين ذكرهما العليم ترابو وقد حدث في كلتيهما قيء صدري ربما كان من سبيل الصدفة في سياق المعالجة بالامتين وليس من فعل الامتين نفسه .

العليم ترابو : ربما كان هذا غير ان الصدفة لا تصح ان تكون سبباً في جميع الحادثات لان الامتين يتصف بفعله في الالياف الملس ويساعد الطبيعة في عملها .

العليم ساره : عالجت خراجة رئة بتقطير الزيت الغومنولي في القصبات

العليم مرشد خاطر : ربما كانت هذه الخراجة متصلة اتصالاً صريحاً بالقصبات وشفاء الخراجة في حالة كهذه ممكن فوراً وبلا اقل معالجة واما في الحادثة التي نقلناها اليكم فلم يكن اتصال بين القصبات والجمع القيحي والدليل ان الليبيودول بعد حقن القصبات به لم يدخل جيب الخراجة فكل معالجة من هذا النوع تعدُّ خائبة على ما نرى .

٢ ــ ورم في الوقب منتشر الى السحايا

للعليمين ترابو ونجم الدين الجندي

ترجمها العليم مرشد خاطر

لنا الشرف ان نقدم لكم مشاهدة نادرة عن ورم في الوقب أفضى الى بخص (énucléation) العين اليسرى وانتشر الى السحايا بدون ان يعلي التوتر في القحف مع انه آذى عدداً من الاعصاب القحفية حتى انه محا وظيفتها الغريزية محواً تاماً .

....

دخل المدعو محمد الحجي ، وعمره ٤٠ سنة ، المستشفى العام بدمشق لجحوظ في عينه اليسرى وقد بدأ مرضه الحاضر منذ سبعة اشهر بألم قفوي وجحوظ العين اليسرى التدريجي ونقص الرؤية . وليس في سوابقه الشخصية ما يستحق الذكر الا زحار شفي الآن منه شفاء تاماً وبعض نوب برداء .

المعاينة : المقلة اليسرى مندفعة من الوقب اندفاعاً يقرب من الانخلاع والجفن العلوي منسدل جامد . وفي الناحية الصدغية بروز صلب غير ملتصق بالجلد يبدو بالرسم الذي نقدمه لكم كما يبدو البخص . وحركات العين جميعها لا تزال حتى الآن ممكنة غير ان وضع العين الحاضر يزعجها. الرؤية ضائعة بتاتاً والحدقة تنقبض انقباضاً سيئاً بالنور مع ان هيئتها طبيعية. وقد دل فحص قعر العين على ان الحليمة العصبية ضامرة ضموراً تاماً شللي المنشأ . وحاسة

الشم في الانف الايسر غائبة . وليس في اللسان او الحفاف او الحنجرة اقل تبدل حركي او وظيفي . والعصبان الوجهي والمثلث التوائم سليمان . والسمع في الجهة اليسرى غائب مع ان فحص التيه الذي اجراه الاختصاصي لم يكشف اي آفة مرئية . ولم يطرأ على المريض مطلقاً غثيان او قيء او دوار او سوى ذلك وعرض رومبرغ سلبي وفحص الجهاز العصبي لم يكشف عن اية آفة فيه وتفاعل واسرمان على الدم سلبي ايضاً وبزل القطن أخرج مائعاً دماغياً شوكياً غير متوتر ينصب قطرة قطرة فيه ستون سنتغراماً من السكر واثنان وعشرون من الآحين وانفية واحدة في الملتر المكعب . وقد كشفت المرآة في البلعوم الانفي (cavum) ورماً بارزاً .

. . . .

هذه هي حالة المريض التي لا بدّ لنا من تعليلها : ان الجحوظ التدريجي الذي افضى حتى البخص لا يستطاع تعليله الا بالورم النامي في الوقب الايسر وهذا الورم لا شك فيه بدليل بروزه في الوقب واستطالته الصدغية الدالة على انتشاره في خارج الوقب خلال الصفيحة الغربالية والبرهان غيبة الشم، وخلال الشق الوتدي والثلمة الغرابية ايضاً والبرهان بروزه المحسوس في الصدغ . والورم على ما نعتقد ورم عفلي عظمي مع اننا لم نتمكن من اقتطاع خزعة منه في الجوف لنبعث بها الى الفحص النسيجي كما ان المريض رفض الاذعان لحج الجمجمة وترك المستشفى . ويعلل لنا هذا الورم ضمور العصب البصري التام والجحوظ الشديد وتأذي العصب الشمي. اما اعصاب المقله المحركة فقد تمكنت من الافلات منه حتى الآن. وغيبة السمع التدريجية

دليل على ان الورم قد غزا الحفرة المتوسطة واحدث فيها نوعاً من التهاب العنكبوتية الورمي . وان ما يستحق الذكر في المشاهدة خلوها من ازدياد التوتر في القحف كما يستدل من البزل القطني ومن خفة الاعراض الشخصية التي يشكوها المريض حتى ان ألمه القفوي محتمل جداً .

وان تحمل المريض لهذا الورم الخبيث الذي يدل عليه انتشاره الشديد وان تكن طبيعته لم يستطع اثباتها نسيجياً لتعذر قطع الخزعة قد دعانا الى تقديم هذه المشاهدة لكم .

٣ ــ مشاهدتا تمزق طحال رضي ، نزف غزير في البطن بلا تقفع في جداره ، شفاء

للعليم احمد الطباع

المشاهدة الاولى : حملت المدعوة عزيزة بنت احمد سعيد لعيادة الامراض الجراحية في الساعة الثانية عشرة من اليوم العاشر من كانون الاول سنة ١٩٣٥ وقد صدمتها سيارة في جنبها الايسر . فدعيت لاسعافها في الساعة الثامنة عشرة فوجدت حالتها سيئة : نبض سريع وضعيف ، زلة شديدة ، ظمأ لا يروى ، اطراف باردة ، وجه شاحب وهط شديد وهي لا تكاد تعي ما تُسأل عنه . بطنها لين جداً لا ألم ولا تقفع ولا انتفاخ ولا خرس فيه . ولم يبدِ فحص الصدر وقثترة المثانة شيئاً . فامام هذا المشهد السريري ايقنت بنزف باطن وعزمت على التوسط لولا ان المريضة أبت علينا ذلك حينئذٍ اوصيت

طبيب الخفر بان يتذرع ايضاً بالوسائط الدوائية وذهبت. ثم عدت في الساعة ٢٤ فوجدت المريضة في حال اسوأ من ذي قبـل وقد خشيت ان تقضي فعزمت على التوسط .

خدرت المريضة تخديراً عاماً بالايثر وفتحت عروة على الخط المتوسط فوق العانة فتدفق منها دم غزير. فاطلت الجرح الى العالي وكان عملي الاول اني مددت يدي نحو الطحال فعلقت به وكان الرض قد بتر نصفه والقاه في البطن حراً . فاطبقت ملقطين كبيرين على ذنبه وقطعته واستخرجت الطحال ثم استنشقت بالماصة الكهربية الدم النازف البالغ نحواً من ثلاثة التار وازلت الخثر الدموية العالقة ونصف الطحال المبتور ثم خطت البطن طبقة واحدة بخيوط من الشبه (البرونز)

نقلت المريضة الى سرير دافىء حيث حقن وريدها بلتر من المصل الغريزي ولحمتها بلتر آخر وبمقويات القلب ولسوء الحظ لم يتلاءم مصل دمها بدم من عرمت ان انقل اليها شيئاً من دمه ولم يكن لدينا في هذه الساعة المتأخرة من الليل معط آخر .

عواقب العملية : تفاقم الخطر جداً في صباح اليوم الاول على الرغم من حقن المصول الملحية ومقويات القلب ومولد الحموضة ولم اعثر على شخص يتلاءم دمه بدمها حتى اتت امها وكانت من زمرة دموية واحدة فنقلت لها منها ٥٠٠ غرام وحقنت وريدها بلتر من مصل مليح دافىء مضافة اليه حبابة من مصل نورمه . فهـدأ النبض بعض الهدوء ،واشتد بعض الشدة وكذلك التنفس وفي الجملة فقد انقلب المشهد انقلاباً فجائياً بفضل نقل الدم ومصل

نورمه الذي اعددنا حقنه في الايام التالية فاتى بنتيجة طيبة .

اصيبت المريضة في اليوم الثالث بالتهاب قشرة الرئة والجنب الايسر ثم انتقل الالتهاب بعد شفائه في الايسر الى الأيمن وهكذا لم يتم الشفاء تماماً الاّ بعد ثلاثين يوماً .

اندمل الجرح البطني بالمقصد الاول ونزعت الخيوط في اليوم الخامس عشر . وخرجت المريضة معافية في ١٩ كانون الثاني سنة ١٩٣٦ اي بعد استشفاء ٣٩ يوماً .

المشاهدة الثانية : يوسف بن محمد قروي في الاربعين من عمره مفتول الساعد يقطن قرية عربين ، احدى قرى الغوطة ، لم يشك في ماضي حياته الاّ نوب برداء تعتريه من وقت لآخر ولا عجب فان هذه القرية موطن للبعوض الخبيث . حملوه في الساعة الثانية عشرة من اليوم السادس عشر من كانون الاول سنة ١٩٣٥ للمستشفى العام من قريته حيث صدمته حافلة ترام في جنبه الايسر فدعيت لاسعافه .

فوجدت اعراض الصدمة بادية فيه : ألم شديد يشكوه في خاصرته اليمنى (اي في الجهة المقابلة لموقع الرض وقد نوّه الى ذلك كانو (Quénu) في الصحيفة الجراحية سنة ١٩٢٦ قائلاً وقد يوقع المريض ألمه في ناحية بعيدة عن موقع الرض فيحرف التشخيص) ، وجه شاحب ، اطراف باردة ، نبض في التسعين ، عرواء شديدة ، الحرارة السرمية ٣٧ مئوية ، بطن لين لا أثر للتقفع فيه فاوصيت طبيب الخفر ان يتذرع بالوسائل الدوائية لمكافحة اعراض الصدمة وان يدعوني اذا ظلت حال المريض سيئة فدفىء المريض وحقنت

لحمته بالزيت المكوفر والبنين والمصل فهجعت اعراض الصدمة وتحسن حاله ولكنها انتكست بعد زوال فعل هذه الادوية فدعيت في حوالي الساعة الثانيـة والعشرين اي بعد عشر ساعات من وصول الجريح . فحصته ثانية فوجدت لحافاته شاحبـة ايضاً ونبضه مسرعاً (١٠٠) وضعيفـاً (التوتر ١٠ — ٦,٥ باشون) اما البطن فقد كان ليناً جداً والألم قد زال ولم يكن في البطن انتفاخ او أثر للرض مطلقاً ولكن القرع كشف بعض الصمم في الحفرة الحرقفية اليسرى والمس الشرجي لم يبد شيئاً وكذلك قثترة المثانة وفحص الصدر . وعلى الجملة فقد كانت حال المريض احسن مما كانت حين وصوله ولكني آثرت فتح البطن للاستقصاء فيه مستنداً الى بعض الخرَس في الحفرة الحرقفية اليسرى والى تململ المريض وظمائه الشديد واسراع نبضه وضعفه ولو انه كان اقل ضعفاً من حين وصوله .

خدر المريض بالايثر وفتحت عروة على الخط المتوسط فوق العانة للاستقصاء فوقعت خطأً في عروة معوية دقيقة كانت ملتصقة بالجدار فاسرعت الى خياطتها وتفريقها ثم ادخلتها البطن فتدفقت منه موجة دم أعمت ناظري وساحةَ العمل فاسرعت الى اطالة الجرح حتى الذيل الخنجري في الأعلى والى العانة في الأسفل .

شرعت بالاستقصاء من خلال الطوفان فوجدت الكبد سالمة ثم مددت يدي نحو الطحال فعلقت به وكان مصدر النزف وحراً وبحجم طبيعي (ولكني ارجح انه كان قبل الرض اكبر حجماً لان للمريض سوابق بردائية ولأن الطحال كاسفنجة ينتفش في امتلائه وينقبض في انفراغه ولا بد انه قد صغر

عما كان عليه قبل انفجاره وخلوه من دمه) وكأن الرض قد خلعه من مسكنه خلعاً . ومزق حافته الوحشية تمزيقاً عميقاً ومشرشراً .

اطبقت ملقطين كبيرين على ذنبه ثم قطعت الذنب وربطته بعد امرار الابرة فيه وربطت الشريان وحده ايضاً ، وجمعت من دم البطن نحواً من اتر ومزجته في مثله من مصل غليقوزي دافىء وحقن وريد الجريح بهـذا المزيج بينما كنت اكمل الاستقصاء في احشاء البطن واستنشق بالماصة الكهربيـة آثار الدم البالغ نحواً من لترين ونصف اللتر وازيل الخثر العالقة . وقـد كشف الاستقصاء عن ارتشاح دموي خفيف في رباط القولون المعترض وعن كدمة واسعة في جدار البطن الداخلي ثم اغلقت البطن طبقة واحدة بخيوط من الشبه ونقل المريض الى سرير دافىء .

عواقب العملية : تفاقم الخطر في الساعات الثماني والاربعين الاولى فقـد أسرع النبض (١٤٠) واختل نظمه واصيب المريض بزلة شديدة فنقلت اليه ٥٠٠ غرام من الدم وحقنت وريده بلتر من المصل الفريزي بعد ان خلطته بحبابة من مصل نورمه ولحمته بالاكسيجين ومقويات القلب . فتحسن حال المريض تحسناً واضحاً . واصيب في اليوم الثالث باحتقان رئوي ايسر فأبل منه في ٢٢ واصيب باحتقان رئوي ايمن أبل منه ايضاً . واندمـل الجرح بالمقصد الاول ونزعت الغرز بعد ١٥ يوماً . واخيراً خرج المريض معافى في اليوم العاشر من كانون الثاني سنة ١٩٣٦ اي بعد استشفاء ٢٤ يوماً .

فهاتان المشاهدتان تؤيدان قول القائلين بعـدم اصطحاب انصباب الدم الصرف في البطن بتقفع في جداره لان كلمة المؤلفين لم تتفق بعد على هـذا

الامر بل لم يزل منهم من يقول باصطحاب النزف الباطن بتقفع في الجدار وانكم ولاشك تذكرون المناقشات الحادة التي كانت قد اثارتها مشاهدات من هذا النوع قدمت لجمعية باريس الجراحية في مناسبات كثيرة لا سيا تلك التي قدمها باسّه في السنة ١٩٢٦ باسم غريمولت عن تمزق الطحال الرضي . والتي قدمها غريمولت في السنة ١٩٢٧عن تمزق الكبد الرضي والتي قدمها پروست باسم لوسركل في السنة ١٩٣٠ وموضوعها تمزق طحال برداني رضي ، نزف في البطن بلا تقفع في الجدار .

ان سائر المشاهدات التي قدمت منذ١٩١٨ — ١٩٣٢ الى الجمعية الجراحية البارزية عن تمزق الطحال الرضي لم تكن تقول باصطحاب النزف نفسه بتقفع في الجدار الا تلك التي قدمها باسّه باسم غريمولت سنة ١٩٢٦ وكانت يومئذ مثار جدال عنيف وعلى العكس فقد تبين لي ان المشاهدات المقدمة عن تمزق الكبد الرضي كانت كلها تقول باصطحاب النزف بتقفع واذكركم منها بالخاصة بمشاهدة قدمها غريمولت في السنة١٩٢٧ . وتبين لي ايضاً ان كلة المؤلفين تكاد تتفق على عدم اصطحاب النزف الناجم عن انفجار حمل خارج الرحم بتقفع في الجدار . فاسمحوا لي ان اوضح لكم رأيي في هذه الاحوال كلها :

يحدث تقفع جدار البطن باحد ثلاثة عوامل بطنية : فهو اما ان يحدث بانصباب سائل عفن في جوف الصفاق او بانصباب سائل كيمياوي مخرش عقيم ذلك ما قاله لوسان في معرض التعليق على مشاهدة غريمولت سنة ١٩٢٦ (تمزق الكبد الرضي) وما تحققته اختبارياً بنفسي بحقن سوائل

حامضة وقلوية عقيمة في صفق (باريطونات) الكلاب فقد كان التقفع يحصل لو حقن السائل الحامض بنسبة حموضة المعدة او القلوي بنسبة قلوية عصارة المعثكلة (البانكرياس)

واخيراً قد يحدث التقفع بتوتر احدى الاحشاء المجوفة توتراً فجائياً كتوتر الحويضة او طرق الصفراء بفعل الحصاة السادة .

اما الدم الصرف فهو ليس بجسم غريب عن الصفاق من وجهة التفاعل الكيمياوي لان تفاعله الكيمياوي القلوي الخفيف يشبه تفاعل سائل الصفاق لذلك كان وجوده فيه لا يدعو الى التقفع الا اذا اختلط الدم بمادة كيمياوية مخرشة كالصفراء مثلاً في تمزقات ملحمة (برانشيم) الكبد او عصارة البانقرآس في تمزقات البانقرآس او تعفن تعفناً ثانوياً بعد انصبابه ومكثه في جوف الصفاق طويلاً او تبدل تركيبه الكيمياوي وتفاعله بسبب مكثه طويلاً فيغدو جسماً غريباً عن الصفاق الذي يحق له ان يتفاعل ضده .

ولكن كيف السبيل الى تعليل وقوع التقفع في بعض مشاهدات تمزقات الطحال حيث الدم المنصب يكون نقياً طاهراً وخالياً من كل مادة كيمياوية مخرشة :

اذا رض الطحال رضاً من الدرجة الثانية ولم يتمزق انصب الدم في محفظته وتوتر توتراً شديداً مؤلماً فيكون من ذلك منعكس مصدره ضفيرة الطحال الودية فالنخاع فعضلات البطن التي تتقفع حتى اذا اشتدّ النزف وانفجرت المحفظة في زمن ثانٍ زال التوتر فزال التقفع وبذلك يمكنني ان

اعلل سبب التقفع في بعض تمزقات الطحال الرضية .

وقد شجعني سبب آخر على تقديم المشاهدة الثانية وهو اني لم اعثر خلال المطالعة على مشاهدة استثمر فيها صاحبها الدم المنصب في الصفاق ونقله الى المريض نفسه وقد استوحيت هذه الفكرة من جملة كنت قرأتها في مشاهدة الاستاذ لوسركل التي ذكرتكم بها آنفاً اذ قال : ولسرعة العمل لم أفطن بجمع الدم النازف .

المناقشة :

العليم ترابو : ان الحادثتين اللتين نقلهما العليم طباع مع حادثة لوسركل وحادثة قباني اللتين تليتا في جلسات سابقة تدلان على ان انبثاق الطحال الرضي كثير الحدوث في هذه البلاد ولست اظن ان الرضوض في سورية اكثر منها في اوربة اذن لا بدَّ من شرط آخر لحدوث هذا الانشقاق وانني اعتقد ان الاطحلة البردائية هي التي تنشق عادة لان الطحال السليم تقيه الضلوع وقاية حسنة فلا يناله الرض بسهولة واذا مزقه كان شديداً وخرب القُوس(cage) الذي يقيه. ويقول العليم طباع ان الطحال في حادثته الثانية لم يكن ضخماً ولكنه كان مع ذلك بردائياً ومتى عرفنا ان البرداء تحدث في نسيج الطحال آفات مجهرية سهل علينا ان نعلل بها سرعة انبثاقه .

العليم سوليه : اننا نهنىء العليم طباع بحادثتيه الجميلتين وفي احداهما أمر يستلفت النظر وهو وقوع الألم في الناحية المضادة للافة فكيف يعلل هذا؟

العليم ترابو : يعلل هذا كما يعلل حدوث الناخس في اليمين اذا ما كانت ذات الرئة في اليسار

٤ـ احتشاء معوي بانسداد العروق الماساريقية

خثور العروق الحرقفية الظاهرة

للعليمين مرشد خاطر وسوليه

دخلت المدعوة ع . مرابط وعمرها ٦٥ سنة المستشفى العام بدمشق في ايار سنة ١٩٣٦ عند الظهر

وكانت تشتكي حينما عاينها احدنا ألما في بطنها ولاسيما في حذاء الحفرة الحرقفية اليسرى مع اقياء مكررة .

ولم تذكر في سوابقها شيئاً ذا شأن وافادت انها تتألم منذ اربعة ايام وانها كانت مصابة بقبض ولكنها بعد ان صنعت حقنة شرجية تغوطت اربع مرات.

ولم يكن البطن متطبلًا ولا متقفعاً غير ان جس الحفرة الحرقفية اليسرى كان يوقظ فيها ألماً خفيفاً . ولم يكشف المسان الشرجي والمهبلي شيئاً وليست المرأة مفتوقة وقلبها ورئتاها وكبدها وطحالها طبيعية . ونبضها قوي وبطيء (٦٠ نبضة في الدقيقة) وتوترها الشرياني ١٠ — ١٥ بجهاز فاكز لوبري ، ولسانها احمر جاف. والخفاف (voile du palais) والغندبتان (piliers) شديدة الحمرة ، وبولها قليل وقد استخرج منه بالقاثاتير مقدار قليل فظهر من تحليله ان فيه شيئاً من الآحين .

وبزل وريدها لمعايرة البولة في دمها فكانت ١،٢٠ غم وبما ان الاعراض كانت مبهمة روقبت المريضة ووضع الثلج على بطنها وحقن وريدها بالمصل السكري .

وبعد ان رأيناها معاً الساعة الرابعة بعد الظهر كان المشهد قد تبدل وكان الألم شديداً والاقياء متواترة .

وقد عرفنا ان ألمها الخفيف في الصباح كان قد هجع بعد استعمال مسكن لها قبل دخولها المستشفى .

وكان في الحفرة الحرقفية اليسرى دفاع فقرر التوسط الجراحي فخدرت المريضة تخديراً عاماً بالايثر وشق البطن على الخط المتوسط .

فبعد ان فتح جوف الصفاق (الباريطون) خرجت كمية كبيرة من السائل المدمى . ولم تكد حافتا الجرح تبعدان حتى بدت عروة من الامعاء الدقيقة خمرية اللون وكانت ماساريقاها مسودة ولا نبضان فيها . فبترت هذه العروة وطولها زهاء ثلاثين سنتمتراً واجري تفاغر معوي جانبي جانبي بخيوط الكتان . واغلق البطن طبقة واحدة بشعر فلورنسة واجريت الاسعافات المألوفة : مقويات القلب ، حقن الوريد بالمصل الزائد التوتّر والخ

فكان الليل الاول هادئاً وتغوطت فوراً دفعة واحدة مواد فيها كثيرٌ من الدم وبالت .

وفي اليوم الثاني اعترتها آلام شديدة في الطرفين السفليين وبرد الطرف السفلي الايسر ولم تبدُ فيها تموجات بجهاز باشون فحقنت بالاساكولين

وفي المساء برد طرفها السفلي الايمن وبدت فيه علامات انسداد الشرايين وساءت الحالة العامة بسرعة وظل القلب بطيئاً ومختل النظم ومأتت المريضة في الساعة الحادية عشرة ليلًا

....

ان مريضتنا اصيبت بغنغرينة الامعاء الناشئة من التهاب الشرايين السداد واننا نذكر بهذه المناسبة التقارير الممتعة التي رفعها الى مجمع الجراحة في باريس غراغوار ولثون بينه ثم غراغوار ورايمون كوفلار عن الاحتشاءات المعوية الحالية من الآفات الوعائية

وان حادثة الانسداد التي ظهرت في الشرايين الحرقفية الظاهرة في الجانبين تثبت طبيعة الآفة الشريانية .

. . . .

المناقشة — ترابو : هذه مشاهدة حديدة عن التهاب الشريان السداد المجهول المصدر وقد ذكرنا في مناقشاتنا التي دارت حول داء لثوبرجه ان التهاب الشريان السداد كثير الحدوث في البلاد الحارة . وعليه فمعايرة كولسترين الدم في حالات كهذه قد تجلو إمراض (pathogénie) الداء لان ازدياد الكولسترين في الدم قد اتهم في احداث مثل هذه الخثورات .

العليم سوليه : لست اظن ان التهاب الشرايين السداد في البلاد الحارة اكثر منه في البلدان الاخرى ومع ذلك فمعايرة الكولسترول قد تكون منها فوائد في جلاء هذا الالتهاب

العليم مرشد خاطر : ان هذه الحادثة التي نقلناها هي الاولى في حياتنا الجراحية فليست الحادثات كثيرة كما يدعي العليم ترابو . ولست اظن ان قد مرت بنا حوادث ولم يشخص احتشاء الامعاء فيها لاننا في جميع الحالات المشتبه بها كنا نفتح البطن للاستقصاء .

❀ ❀ ❀

التهاب اللثة القرحي الحاد

للدكتور هرمن برنز

الاستاذ في معهد ايفنس بجامعة بنسلفانيا في فلادلفيا

ترجمها الدكتور ميشل خوري

اسماء اخرى لهذا الداء :

اتان بلوت — فنسان (Plaut-Vincent). التهاب الفم الخندقي . التهاب اللثة البريمي المغزلي او المغزلي البريمي . الداء المغزلي البريمي . التهاب اللثة الموتي ، التهاب اللثة القرحي الوبائي . التهاب الفم القرحي الغشائي . التهاب الفم القرحي في الجنود الخ .

تعريفه: هو التهاب حاد انتاني مخرب يحدث في حافة اللثة ولسيناتها ويبدأ في الجانب الخدي لسن او اكثر ثم ينتشر بسرعة الى اللثات المجاورة ، وتصحبه رائحة خبيثة شديدة خاصة وزيادة في اللعاب وتقرح وألم شديد ، واعراض اخرى عامة كالوهن والحمى ، واعراض موضعية كتضخم العقد الفكية وغير ذلك . ويشاهد بصورة خاصة في فم الشبان بين السادسة عشرة والثلاثين واحياناً يحدث في الاولاد في ما بين الثالثة والسادسة من العمر

اسبابه: يسبب هذا الالتهاب اتان مختلط عامله الرئيس العصيّة المغزلية بمصاحبة بريمية فنسان. والمسلم به في الوقت الحاضر ان العصية المغزلية هي العامل

المعتدي في حين ان البريمية تلعب دور الطفيلي فحسب . واما العوامل الاخرى المهيئة التي تجعل التربة صالحة لصولة الجراثيم فاهمها ما يلي :

اهمال صحة الفم من جميع وجوهها ، كالنخر والجذور والرواسب الكلسية والخراجات والإسنان العسير ولا سيما اسنان الرحى الثالثة السفلية، والاسنان المستعارة السيئة الصنع . يضاف الى ذلك إدمان الكحول والتدخين والجروح المنتنة وخناق فنسان ووجود التاميات الملتهبة وحدوث الانسمامات المعدنية وعلى الاخص ما سببها الزئبق وبعض المعادن القلوية . ومن العوامل المهيئة الهامة نقص التغذي بفقدان الحيوين (الفيتامين) كما في داء الحفر وبعض الامراض الدموية كابيضاض الدم والانسمام الذاتي وعدم قيام احد جانبي الفكين بوظيفة المضغ . وكل ما من شأنه ان يقلل المقاومة لصولة الجراثيم ومما يوجد استعداداً خاصاً لهذا الداء بعض الامراض العامة واخصها الافرنجي. ويشاهد هذا الداء احياناً بحالة سارية في المعسكرات ودور الحضانة والملاجىء والسجون وغير ذلك . وذكر بعض المشاهدين انه في الحرب الكبرى كان يصاب بهذا الداء ١٠ — ٢٠ في المائة من مجموع الجنود في الفرقة الواحدة. اما بشأن اصابة الاجناس به فالسريريون متفقون على ان هذا الداء اكثر مشاهدة في الرجال منه في النساء وذلك بنسبة ٣ الى ١ . وقد تنتقل العدوى بأدوات الاكل الملوثة والكؤوس والمناشف والغلايين ، وتنتقل ايضاً بالآلات الموسيقية وآلات طب الاسنان وقطع الفم في اجهزة التلفون وبالتقبيل وغير ذلك . وقد يسري الانتان بدرات اللعاب المتطايرة من الفم في اثناء العطاس والكلام والسعال وهلم جراً

ويلاحظ ان التهاب اللثة القرحي لا يظهر في الافواه المعتنى بها اي تلك التي تكون اسنانها ولثاتها بحالة سليمة . والسرريون مجمعون على القول بانه لا يشاهد في الافواه الخالية من الاسنان ، حتى انه لا يشاهد الا نادراً في الافواه التي تكون قذارتها عادية ، اذ لا بد لحدوثه من ان يكون هنالك صولة شديدة للعصية المغزلية وبريمية فنسان المتعايشتين . وتدل المشاهدة السريرية على ان الانتان شديد السراية في هذا الداء . ويقول فنسان ان اصطحاب العصية المغزلية والبريمية لا مثيل له في علم امراض الانسان ، على ان اتحادهما ليس دائماً اوضرورياً ولذلك فان فنسان يصف علاقة هذين الجرثومين بالمصاحبة لا بحالة التعايش الحقيقي .

التشريح المرضي : اظهرت الابحاث المجهرية التي قام بها بكويز ، وسيمونتن ، ووليمز وغيرهم ان التهاب اللثة القرحي يبدأ في نقطة يحدث فيها تفرق اتصال في الغشاء المخاطي لباطن حافة اللثة حول عنق السن . ولا يبرح من البال هذا الامر الهام وهو ان وجود السن لا بد منه لابتداء المرض . واذا اجري في الحوادث الاكيدة لهذا الداء فحص نسيجي لقطعة اخذت من لسين لثوي متقرح ولونت بطريقة لافاديتي ظهر المقطع تحت المجهر كما يلي :

يشاهد في القسم المحيطي للمقطع مكورات كثيرة وعصيات مغزلية وبعض بريميات وحيدة ، اما في القسم المتوسط فتشاهد كتل من العصيات تحيط بها خيوط من النسج الميتة وكريات قيحية وكريات حمر مندثرة وغير ذلك . اما الطبقة العميقة للمقطع فتحتوي على كريات بيض عديدة وبقايا العصيات التي كثيراً ما تؤلف سلاسل طويلة ، في حين ان النسج المجاورة

تكون خالية من الجراثيم . ويلوح ان العصيات المغزلية انما هي العامل المعتدي الذي يسبب التقرح لانها توجد بكثرة ضمن السور الذي تقيمه الطبيعة من الكريات البيض لرد خطر الانتان عن النسيج السليم . والارجح ان البريميات والجراثيم الاخرى انما هي عوامل طفيلية لا ضرر منها . واذا اجري فحص باكر لحوادث التهاب اللثة القرحي ظهرت العصيات والبريميات بوضوح فيمكن تمييز الفئة الواحدة عن الاخرى . اما المكورات المكونة للصديد والجراثيم الاخرى فيكون عددها قليلًا نسبيا . وذكر غير واحد من المؤلفين ان الجرثومين الرئيسين في هذا الداء اي العصية المغزلية والبريمية السنية انما هما شكلان مختلفان في تطور حياة جرثوم واحد ، غير ان المشاهدات التي قام بها سواهم من البحاثين تحملهم على رفض هذه النظرية .

التشخيص : التشخيص السريري سهل اذا استرشد الطبيب بالاعراض والعلامات . يبدأ الالتهاب بشكل حاد وتكون حافة اللثة غير منتظمة محتقنة منتبجة ويغطي القسم المصاب منها طبقة انصبابية غشائية لونها رمادي ضارب الى الخضرة ويزداد اللعاب والالم وتصبح للفم رائحة خبيثة خاصة — اما المريض فيكون بحالة وهن عام . ويساعد الفحص المجهري للانصباب على وضع التشخيص . على ان وجود جراثيم فنسان في اللطاخة لا يدل ضرورة على ان المريض مصاب بالتهاب اللثة القرحي . واما طريقة تهيئة اللطاخة والفحص المجهري وغير ذلك من الاصول العملية فلا نتعرض لها في هذا البحث لانها خاصة بفن الجراثيم وذلك مما يضيق هذا المقال عن استيعابه .

التشخيص التفريقي : ان التفريق بين التهاب اللثة الزئبقي او الانتان الحادث

حول رحى ثالثة آخذة بالاسنان وبين التهاب لثة قرحي حقيقي لا بد فيه من الانتباه الى الكيفية التي يبدأ بها تأثير الاسباب. واما التطور التالي لأي من هذه الامراض فيتخذ السير نفسه فالابتداء الفجائي لالتهاب اللثة القرحي يفرقه عن المظاهر الافرنجية في الفم، واما نقص الفيتامين وسوء التغذي وتشوش الدم وغيرها من العوامل المسببة فيجب تفريقها وتمييز مظاهرها الفمية بالاطلاع على تاريخ الحادثة، وبالتنبه الى الاعراض الاخرى التي لا بد منها لوضع التشخيص .

الانذار : يكون الانذار في الغالب حسناً فتستأصل شأفة الداء في مدة لا تزيد عن الاسبوعين اذا بودر بالمعالجة المناسبة، وفي الحالات الشديدة الوطأة يبقى النقص الناتج من تخرب حافة اللثة على ما هو عليه فلا تسترجع اللثة نسيجها المفقود . ولا ينتهي هذا الداء بالوفاة الا نادراً واما النكس فيه فيشاهد غالباً في تلك الحوادث التي لم يبطل فيها تأثير العوامل المسببة .

ولا بد لنا من التنبيه الى الخطر الذي يلازم هذا الداء في افواه الاولاد فان الالتهاب اذا طال امده في هؤلاء قد يؤدي الى موات الحافة السنخية وعظم الحنك وذلك قد يعقبه تقرح اللسان او خناق فنسان او خناق لودفيك او التهاب الاذن الوسطى او ان يحدث في المريض انسمام عام . وفي بعض الحوادث المهملة فان الحالة قد تتطور الى التهاب فم موتي . وبهذه المناسبة نذكر ان الكثيرين من السريريين متفقون في الوقت الحاضر على ان هذا الداء الاخير انما هو شكل متعاظم لالتهاب اللثة القرحي. ولحسن الحظ فان هذه الاختلاطات الخطرة نادرة .

المداواة : تقضي الضرورة باجراء المداواة في ثلاثة ادوار وهي :

(١) المعالجة الآلية وتقوم بما يلي :

(أ) — ازالة الغشاء الانصبابي واللعاب والدم وبقايا الطعام بمحللات كيماوية مناسبة .

(ب) -- ازالة الرواسب الكلسية بالمجارد المعروفة

(٢) — استعمال المواد المضادة للعفونة والكاوية موضعياً .

(٣) — المداواة الداخلية اذا دعت اليها الحاجة

تفضل ازالة الغشاء الانصبابي وبقايا المآكل من تجويف الفم بمحلول جديد ساخن من فوق بورات الصوديوم فيذاب منه طفاف ملعقة شاي في كاس كبيرة من الماء الساخن الذي تتراوح حرارته بين ٤٥° و ٥٥° س . ثم تُدخل الى الفم كمية وافرة من هذا المحلول بمحقنة كبيرة او باناء الغسل او برشاشة الهواء المضغوط فيزيل الغسول على هذه الصورة تدريجياً كل الانقاض اللينة ويحلل الغشاء الانصابي ويقلل كراهية رائحة الفم الى درجة حرية بالذكر ويستغنى بـه عن معجون فوق بورات الصوديوم الذي يشير بوضعه بعض السريريين مع انه كاوٍ قليلاً وسيء الطعم . ومن الضروري استعمال مماسح القطن لإزالة قطع النسج الميتة . والعادة ان تقتصر مداواة المريض في الجلسة الاولى على ما تقدم . اما اذا سمحت الحالة ، فتتخذ تدابير الوقاية التي يراها الطبيب ضرورية ، فتزال الرواسب الكلسية وتصلح الاجهزة السنية السيئة ، وتصنع في الحفر حشوات موقتة وغير ذلك . ولوقف الألم الناشيء من احد هذه الاعمال يوضع في فم المريض قرص او قرصان

من البارافين قبل العملية بعشر دقائق فيذوب هذا الدواء في الفم ويساعد على تسكين الألم . وقبل المداواة وبعدها تطلى حافـة اللثة جميعها بمحلول تلبوت اليودي. والافضل تأجيل القلع وسواه من الاعمال الجراحيـة الى فرصة اخرى لئلا يحدث انتان جديد في النسج الضامة الحديثة الانكشاف ولا بد ان يقي الطبيب نفسه في اثناء هذا العمل فيفضل ان يضع على عينيه نظارتين كبيرتين لحفظهما من ذرات القلح الملوثة التي قد تتطاير من فم المريض . ويستحسن البعض وقاية اليدين بقفازين من المطاط . وبعد ذلك يستعمل الطبيب من الادويـة القابضة والمضادة للعفونـة والـكاوية ما يوافق الحالة .

(أ) — المواد المؤكسدة :

الماء المؤكسد وفوق بورات الصوديوم وفوق منغنات البوتاسيوم وكلورات البوتاس وحامض الـكروميك الخ .

ان كل هذه المركبات خلا حامض الكروميك تستعمل لغسل الفم في درجات مختلفة من التخفيف وكلها افضل من كلورات البوتاس كما سيجيء ذكره . ومن افضل المركبات المؤكسدة التي يصح استعمالها على النسج المائتة هو محلول حامض الكروميك في الماء المقطر من قوة ٥ الى ١٠ في المائة لذلك يشار باستعماله لما له من المزايا النافعة. والافضل ان تغطى النسج التي عولجت به بطبقة من القطن او الشاش وبعد عشر دقائق يغسل الفم جيداً بالماء الحار . تعاد هذه المداواة في اليوم الثاني والرابع والسابع وبما ان العصية المغزلية وبريمية فنسان من الجراثيم اللاهوائية فانهما شديدتا التأثر

بالاكسجين الذي ينطلق من احد المركبات الآنفة الذكر .

اكسيد الكروميوم الثالث :

يوجد هذا المركب بشكل ابر موشورية حمرتها غامقة ضاربة الى السمرة وهو يمتص الرطوبة ويذوب كثيراً في الماء فيكوّن محلوله المائي حامض الكروميك الحقيقي . ويؤثر تأثيراً شديداً في المواد العضوية لذلك يحترز من ان يمس الفلين المستعمل لسد زجاجته. ولا يجوز مزجه بالكحول والايثر والكلوروفورم والغليسرين لئلا يحدث من جراء ذلك انفجار عنيف وبما ان حامض الكروميك ترجعه على الفور الى الكروم المعدني اضافة الماء المؤكسد فان هذا المركب الاخير لا يجوز استعماله مع الحامض في الوقت نفسه . ويجب ان يغسل نسيج اللثة المائت بالماء الحار ثم يجفف جيداً بقطع القطن قبل وضع الحامض .

(ب) - المواد المضادة للعفونة والكاوية :

كبريتات النحاس، كلورور التوتيا، نترات الفضة، اليود ، مركبات الزئبق، الفينول ، حامض الخل الثلاثي الكلور وغيرها .

وشاع في السنوات الاخيرة استعمال بعض اصباغ الانلين المضادة للعفونة نظير الاكريفلفين الحائد ، وبنفسجية الجنطيانا والكروم الزئبقي وزرقة المتلين ، والبيوكتانين . واما كبريتات الزئبق فيفضل استعمال مسحوقه الشديد النعومة بشكل معجون يستحضر آنياً مع محلول كلورور التوتيا من قوة ٨ ٪ فتوضع كمية قليلة من هذا المعجون على القروح بآلة خشبية

صغيرة مسطحة ويدفع بها جيداً الى ما تحت حافة اللثة ولسيناتها . والافضل ان توقى النسج بعد معالجتها بشيء من الفازلين . وبعد عشر دقائق يسمح المريض بغسل فمه بالماء الحار . واذا احوج الامر يستعمل معجون كبريتات النحاس في زيارة المريض التالية . وهذه الطريقة جليلة الفائدة فيشار باستعمالها حين الحاجة على ان يحترز المريض من ابتلاع شيء منها . لان كبريتات النحاس يؤثر اذ ذاك كمقيء سريع .

اما نترات الفضة واليود فيستعملان معاً على طريقة آدم عادة . فيوضع صباغ تشرشل اليودي (١٦،٥ ٪) على النسج المريضة بمسحة من القطن ثم يوضع شيء من محلول نترات الفضة من قوة ١٠ بالمائة على اليود الذي لا يزال مائعاً فيحدث على الفور تفاعل يتكون منه يودور الفضة الذي هو راسب اصفر غير منحل . فيسمح لهذه المادة الاخيرة بالبقاء مقدار دقيقة واحدة ثم تغسل بالماء . واما الزئبق فيشير كوربي باستعماله بشكل كيانوس الزئبق لانه يعده دواء خاصاً بهذه الحالة .

اما الفينول الصرف او المكوفر ومحلول حامض الخل الثلاثي الكلور من قوة ١٠ — ٢٠ ٪ فتستعمل حين الحاجة الى الادوية الكاوية .

واصبغة الانلين شديدة الفتك بالجراثيم وسبب ذلك قدرتها على النفوذ الى داخل النسج بدون ان تخثرها او تضر بها اي ان عملها اجتنابي لا يصيب النسج المريضة بل يؤثر رأساً في الجراثيم . وهذه المزية الاخيرة لها فائدة خاصة لان تأثير العصيات المغزلية والبريميات مقتصر على الطبقات العميقة للنسج المصابة . وافضل ما ينتخب لهذا الغرض من الاصبغة الآنفة

الذكر الاكريفلافين الحائد وبنفسجية الجنطيانا وهاتان الصبغتان غير مهيجتين ولا سامتين فاذا عولج بهما التهاب اللثة القرحي وعلى الاخص في ادواره الاولى ، تستعمل كميتان متعادلتان من محلولهما الذي تتراوح قوته ما بين ٠،٥ -- ١ من المائة . ولكن بعد ان يتمكن الداء يصبح حامض الكروميك افضل الادوية . اما اصبغة الانلين الاخرى فلم يسفر استعمالها عن نتيجة مرضية . ويجب ان ننبه الى ان اصبغة الانيلين قد تلطخ حشوات الاسمنت او الخزف اذا وجدت هذه في جوار الناحيـة المريضة . لذلك وجبت وقاية هذه الحشوات بطبقة من الفازلين والا تغير لونها حين استعمال احـد الاصبغة المذكورة وفضلًا عن ذلك فان طول استعمال احـد هذه المركبات قـد يؤدي الى حدوث مظاهر ثانوية . ويروي كلتي حادثة التهاب فم زئبقي بعد الاستعمال المتمادي لمحلول المتفين المخفف بشكل مضمضة وحادثة التهاب جلدي في القسم الاكبر من الجسم سببه الميركيروفين المستعمل مع الارسفنمين . وقد شاهدنا حادثة التهاب لثة زئبقي نجم من الاستعمال المتمادي للمركيروكروم .

العلاجات النوعية :

اثبت ارليخ في سنة ١٩١٠ ان لبعض مركبات الزرنيخ تأثيراً خاصاً في البريميات الشاحبة التي هي العامل المسبب للافرنجي . واستناداً الى النظرية القائلة بان بريميات فنسان تعايش العصيات المغزليـة فتسببان معاً التهاب اللثة القرحي الحاد ، اخذ البعض بتطبيق المداواة الكيمياوية فشاع استعمالها شيوعاً عظيماً منذ الحرب الكبرى في مـكافحة هذا الانتان.

وكان الزرنيخ بشكل محلول فولر مصحوباً بخمر عرق الذهب العلاج المفضل في مستشفيات بريطانيا ومستعمراتها في حين ان بعض مركبات الارسفنمين ومنها النيوارسفنمين والسلفارسفنمين كان يمتدحها الاطباء الممارسون من الدول الاخرى ، ويستعمل الارسفنمين لهذا الغرض موضعياً في مستحلب سكري قوته ٥ ٪ او في مستحلب غلسريني قوته ١٠ ٪ ، ويجب ان يهيأ المزيج آنياً لانه سريع التحلل . واشير باستعمال الارسفنمين ذراً على اللثة ، وذلك ما يجب الاقلاع عنه نظراً لسمية هذه المادة . واما نحن فاستناداً الى ما طالعناه وشهدناه لا نوصي باستعمال هذه الادوية للغرض الآنف الذكر لان افضل النتائج تحصل باستعمال مركبات اسلم عاقبة منها . فقد وصف لون برغ و نايد حادثة انسمام زرنيخي جرى من استعمال مضمضة تحتوي على محلول فولر . اما استعمال الارسفنامين داخلياً في التهاب اللثة البريمي فقليل الفائدة ، او لا ترجى منه فائدة اصلاً . ويشير درسكول باستعمال الانتيموان وطرطرات البوتاس (الطرطير المقيء) حقناً في الوريد. على ان هذه الطريقة لم تنل استحسان سواه من الاطباء . وعلى العموم فنحن نعتقد بوجوب الاستغناء عن العلاجات الخاصة القاتلة للبريميات لا فرق اكان استعمالها موضعياً ام حقناً في الوريد .

المداواة الداخلية :

من البديهي انه اذا دل الفحص على وجود مرض عام مصاحب لالتهاب اللثة القرحي الحاد ، فان ذلك المرض يجب ان ينال قسطه من العناية اللازمة

وبما ان فقدان بعض انواع الفيتامين واخصها فيتامين C يكون سبباً في احداث هذا الداء . فلا بد من ارجاع الفيتامين الناقص باعطاء الأثمار الطازجة كالبرتقال والليمون الحلو والجزر وغيرها مع المقدار الكافي من الماكل المغذية.

وقد اطرى الاطباء في الماضي استعمال كلورات البوتاس داخلياً في معالجة هذا الداء وسواه من التشوشات التي تصيب تجويف الفم ظناً منهم ان تحلل هذه المادة في النسيج يهيء اكسجيناً حراً يفرزه اللعاب . وقد نبه كوبرت وكوشني وهانز وسواهم الى سهولة امتصاص هذا الملح اذا اعطي داخلياً او استعمل مضمضة . وهو بعد دخوله الدم قد يحدث تغيرات شديدة نتيجتها تخرب الكريات الحمر واحداث خضاب في البول . وهنالك حوادث مدونة سبّب الموت فيها غسل الفم بمحلول كلورات البوتاس . ثم ان مقدار ٩٠ ٪ من كلورات البوتاس الممتص يطرح في البول وبقيته تترك الجسم بطريق الغدد اللعابية وغيرها من الغدد . اما عمله المضاد للعفونة فلا يزيد عن كلورور الصوديوم .

ويسكن الألم في العقد الفكية المنتبجة بكيس الماء الحار او بالرفادة الكهربية ، فيوضع الكيس او الرفادة مرة او مرتين في النهار لمدة ساعة واحدة على جانبي العنق . ويفضل في اول المرض اعطاء مسهل ملحي لطيف لازالة الاحتقان . ولاختبار درجة الانتان يفضل فحص لطاخات متعددة في فترات متفاوتة من المدة التي تجرى فيها المداواة

الوقايه :

يجب اطلاع المريض على طبيعة هذا الداء المعدية . ويوصى بالانتباه الى

ادوات طعامه وشرابـه والى مناشفه ومناديله وغير ذلك لـكي لا ينتقل الانتان منه الى سواه . وبعد ان تزول الاعراض جميعها تتلف فرشاة الاسنان اذا استعملت في اثنـاء المداواة لـكي لا تـكون سبباً لعودة الانتان . واذا كشف احد العوامل الخاصة المهيئة كالافراط في التدخين والانسمام المعدني وغير ذلك ، يخبر المريض عن امـكانـ نكس المرض اذا لم يجتنب هـذه العوامل .

خلاصة المداواة :

تقدم وصف مفصل لادوار المداواة المختلفـة في التهاب اللثة القرحي وها نحن نوجزها فيما يلي :

ان افضل طريقة لازالة الانصباب الغشائي والانقاض وسواها من تجويف الفم تقوم باستعمال محلول حار جديد من فوق بورات الصوديوم فيذاب منه طفاف ملعقة شاي في كاس ماء حرارته مـا بين ٤٥° و ٥٥° س . وتدخل من هذا المحلول الى الفم كمية وافرة بمحقنة كبيرة او باناء غسل او برشاشة الهواء المضغوط . وتساعد مماسح القطن على ازالة قطـع الغشاء المخاطي الميت . وهذا العمل ضروري لنجاح المداواة المقبلة — وفي ادوار المرض الاولى يستعمل محلول كلورور التوتيا في الماء المقطر - من قوة ٨٪ على ممسحة من القطن فتمر هذه بلطف على سطوح النسيج المصاب لئلا تجرح اللثة . وفي الحوادث الشديدة يصنع معجون جديـد من مسحوق كبريتات النحاس الناعم ومحلول كلورور التوتيا الآنف الذكر ، ويوضع تحت حافة اللثة بسواك خشبي مسطح ويوقى المعجون بطبقة من الفازلين .

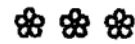
اما في الحوادث الوبيلة فيحصل على افضل النتائج باستعمال محلول حامض الكروميك في الماء المقطر من قوة ٥ — ١٠ من المائة . ويوضع هذا الدواء على الناحية الميتة المجففة بقضيب صغير من الزجاج بعد وقاية الفم بلفافات القطن . وتعاد هذه المداواة في اليوم الثاني والرابع والسابع ، على ان لا يسمح للمريض بمداواة نفسه بهذا الدواء او سواه من الادوية الكاوية .

وبعد ان تهمد الاعراض الحادة يعتنى بصحة الفم اي تطبق وسائط الوقاية وتصنع الحشوات اللازمة وغير ذلك. ويجب قبل كل مداواة وبعدها ان تطلى حافة اللثة في جانبي الفك بصباغ تالبوت اليودي . والافضل تأجيل القلع وغيره من الاعمال الجراحية الى ما بعد ذلك لئلا يتسرب الانتان الى النسيج الضام الذي كشفه العمل الجراحي .

ولازالة الالم الناجم من التهاب العقد الفكة يستعمل كيس الماء الحار او الرفادة الكهربية مدة ساعة واحدة على جانبي العنق مرة او مرتين في النهار واذا ارتفعت الحرارة يُؤخذ ٣٠ سنتغراماً من الاسبيرين كل ساعتين او ثلاث ساعات.ويشار في اول المعالجة بأخذ مسهل ملحي لطيف (مثل ماء بلوتو او ملح ابسوم وغيرهما) صباحاً والمعدة لا تزال فارغة .

يجب الامتناع عن استعمال التبغ وتناول الاطعمة الكثيرة الملح والبهارات والاثمار الحامضة وما اشبه . ويسمح باكل الشورباء والبيض والدجاج والسمك والبقول الطازجة المورقة نيئة ومطبوخة، والاثمار المغلية والبوظة. ويجب ان تؤكل ثلاث او اربع برتقالات يومياً بعد مضغها جيداً . واذا لم يستطع المضغ يكتفي بشرب عصيرها .

وينبه المريض الى طبيعة هذا الداء المعدية ، وان عليه ان يكون شديد العناية بأدوات طعامه وشرابه ومناشفه ومناديله وما الى ذلك لئلا يعدي سواه . وبعد الشفاء تحرق فرشاة اسنانه اذا استعملها في اواخر المداواة لكي لا تكون سبباً للنكس . واذا شكا المريض مرضاً سابقاً كالتهاب اللوزتين او النزلة الوافدة او الحصبة وسواها وجب تداركه بالعناية الطبية ، وعلى المريض ان يكون شديد العناية بصحة فمه بعد شفائه من الداء ، لما هو معروف عن شدة ميله الى النكس .



الارق واسبابه ومعالجته بالادوية وغير وسائط

للدكتور كامل سليمان الخوري (بوسطن – ماس)

الأرق عرضٌ من الاعراض المزعجة التي ترافق كثيراً من العلل الحمّية والجلدية . ومدار هذه المقالة على الأرق بحد ذاته بدون ان يكون مرتبطاً بحالة مرضية معروفة . ولا يبرحنّ عن البال ان الأرق كثيراً ما يكون ظاهرياً وليس حقيقياً فيخيل الى المريض المبتلى به انه لم يَنَمْ مع انه يكون قد نام نوماً متقطعاً ، انما يسود عليه الوهم بانه لم يَنَمْ ولا يستطيع ان ينام .

ومن اكبر دواعي الأرق تعب الجسم المرهق ، وانشغال البال الزائد فكثيرون يعروهم الارق لأقلّ نَصَب يعانونه . وخير واسطة لإراحتهم حمّام فاتر درجته ٣٤° او ٣٥° مئوية ، مع مغلى زهر الزيزفون نحو خمسمائة غرام من الزهر مدة ربع ساعة فقط . وان زاد التعب يُكرّر هذا الحمام كل يومين . كما ان تغطيس القدمين او اليدين في ماء حرارته ٤٠° مدة نصف ساعة قد يولي المأروق راحة تذكر اذا اجري ذلك قبلما يأوي المريض الى فراشه . بَيْد ان العرق الغزير الذي يرافق ذلك او يعقبه يُفقِد هذه الواسطة شيئاً من خواصها المفيدة ، ولذلك قد وصف هوشار « Huchard » تغطيس الرجلين او اليدين مناوبةً في ماء حار وماء بارد : بان

يوضع امام الشخص وعاءآن في احدهما ماء درجتـه ٤٠° وفي الآخر ماء درجته ٢٠° . يُغطس الطرفان السفليان حتى نصف الساق في الماء الاول زهاء ثلاث دقائق ، ثم في الماء الثاني مدة نصف دقيقة ويكرّر هذ العمل ثلاث مرات بالتتابع . ويعمل هذا المغطس عند النوم اي بعد طعام العشاء الخفيف بنحو ثلاث ساعات .

ولا بد من مراقبة الانبوب الهضمي باعتناء تام ، لان تشوش وظيفة الهضم يساعدُ على حصول الأرق والـكابوس ، ويجعل المأروق يتوهم انه مصابٌ بادواء وعلل مختلفة .

وافضل ما قيل في هذا المعنى ما ذكره الدكتور فانديك في باتولوجيته على سبيل المزاح والهزل : « تأخر زيدٌ في عشائه ، ثم اكل كُبَيْبَةً وسمكاً ورزاً ، وجانباً من التوابل والمخلّلات ، وشرب كأساً من الخمر الصفراء ثم اردف ذلك بكنافة وبقلاوة وبعض المربيات ، وشرب كأساً من الخمر السوداء . ثم عقّب على كل ذلك فاكهةً مختلفة الألوان والانواع : من موز وتفاح وبرتقال ، وشرب قنينة من الشمبانيا ، وذهب يطلب النوم ، فما مضى وقت طويل حتى ركبه الـكابوس . وشاهد الشياطين والأبالسة ، واستفاق في الصباح قَلِقاً مغموماً ، التقيتُ به وهو نازل الى مخزنه وسألته عن سلامته فقال : انَّ صَبَر عليَّ اصحاب الديون في هذا النهار بعتُ املاكي ووفيتُ ما عليّ وأقفلت محلي لأني على حافة الافلاس ، وزِد على ذلك اني اخشى على صحة عائلتي ، فانا مضطر الى ان اخرجها الى خارج المدينة سريعاً لئلا يموت احد اولادي ! . . . ولما سألته عما اكل البارحـة

واخبرني سكتُ وقلت في نفسي : الكابوس من الكُبَيبة ، والأبالسة والشياطين من السمك والتوابل ، والإفلاس وخراب البيوت والمحل من الخمور ، وفساد صحة العائلة من اكل الفواكه والحالي . ثم التقيت به بعد ما صار لمعدته فرصة لتعزيل تلك البالوعة التي ملأها بها ، فوجدت المحل ناجحاً لا دَين عليه ، والنفقات معتدلة ، وصحة العائلة جيدة ، ولا خوف من الافلاس ولا من خراب البيت ، وقد عدل عن بيع الاملاك ، وعن الذهاب من المدينة . . . . وكم من مشاجرة سببها طعام غير مهضوم ، وكم امرىء حمّله سوء الهضم على قتل نفسه ؟ » اه .

وعليه فاذا كان هضم المأروق سيئاً مما يُعرف من وسخ اللسان واكتسائه طبقةً بيضاء غليظة ،معما يرافق ذلك من الدُوار الخ . . وجب عليه أخذ ملعقة قهوة من المزيج الآتي في قدح من الماء الساخن :

كبريتات السودا	٤٠ غراماً
فوسفات السودا	٢٠ غراماً
ثاني فحمات السودا	١٠ غرامات

تُنقصُ هذه الجرعة حين يستطلق البطن ، وتزاد في حالة القبض . واذا كانت موادُّ البراز جافة حتى ان الملين المار ذكره يعجز عن التأثير فيها تؤخذ قبل الطعام حبّة فيها شيء من الصبر .

وعلى المداوي ان يجس بطن مثل هولاء المرضى جيداً لانهم كثيراً ما يكونون عرضةً لحالة قبض مجهولة ، فان جُدُر امعائهم المكسوّة مواد برازية قديمة وملتصقة ، يُشعر بها من الخارج كأنها قطع وشيق (مقانق)

مسترخية ، اما بقية الغائط السائل فيخرج من خلال قناة مركزية في المعى

واعلم انك اذا سألت هولاء المرضى عن حالة امعائهم أجابوك انها ليست قابضة ، وسبب ذلك تغوّطهم من وقت الى آخر ، ولكن هذا التغوّط يصح ان يسمى اندفاقياً ، لان المعى لا يستطيع ان يستوعب ما ترسله اليه المعدة ، فعليه ان يفرغ محتوياته ليعود النوم ، واحسن الوسائط للوصول الى ذلك استعمال مستحضرات الصبر والحقن الملينة السخنة . والافضل ان ان تكون فاترةً او باردة .

ولما كان الضجر والقلق من اعظم مسبّبات التعب ، وجب والحالة تلك تطمين المريض بالكلام اللطيف المقنع بان هذا الأرق ليس شديد الاذى كما يتوهم ، وانه ينام نوماً كافياً والدليل الشخير الذي يُسمعه للنائمين في غرفته مع انه كان يتصور انه لم يَنَمْ ، ولنفرض انه لم يَنَمْ هذه الليلة فسينام في الليلة المقبلة ، ويكفي انه باضطجاعه واستلقائه ليلًا قد جدد قواه . وهكذا فليلاطف المريض بما امكن من الطرق وليقنع بسلامة حالته لتهدأ افكاره ويستريح ضميره ، فلا يهتمّ ان يعاوده النوم الذي كان قد فارقه اياماً بل اسابيع

اما المنوِّمات فلا يسوغ استعمالها الا في الدرجة القصوى ، فهي اذا قاومت النتيجة اي التهيّج فانها تزيد في قوة السبب اي التعب . ومع هذا فأقلّ المنوّمات ضرراً هي فوات النشادر والايثر على هذا الترتيب :

فوّات النشادر	غرامان
ماء النعنع	٩٠ غراماً
صبغة الفاليريانا الايثرية	١٠ غرامات

تؤخذ منه ملعقة قهوة عند النوم في نصف كوبة ماء .

ويجوز استعمال ماء زهر البرتقال مائة غرام عند النوم او جُرَع خفيفة من الكودئين (codeine) ممزوجة مع الايثر اذا كان الضجر زائداً :

شراب الكودئين	٦٠ غراماً
ايثر كبريتيّ	٥ غرامات
ماء الفاليريانا	٦٠ غراماً

تؤخذ منه ملعقة طعام عند النوم في قليل من الماء . اما مستحضرات البروم فلا يسوغ الاستمرار على استعمالها زمناً طويلًا لانها سيئة التأثير في الفكر والذاكرة . على انه يجوز استعمال الترتيب الآتي مدةً من الزمن :

برومور البوتاسيوم	١٠ غرامات
شراب قشر البرتقال المرّ	١٠٠ غرام

تؤخذ منه ملعقة اكل عند طعام المساء مع قليل من الماء . اما السلفونال فيجب استعماله بمزيد الحذر لانه شديد التأثير ولا سيما في الكليتين . ويؤثر عليه « الفرونال » (véronal) بجرعة ثلاثين سنتغراماً في برشان ويكرر ذلك على ليلتين متواليتين ، اما اذا زيدت هذه الجرعة حتى خمسين سنتغراماً فيخشى حصول عوارض الانسمام . ويجوز ايضاً استعمال « التريونال » بجرعة خمسين الى خمسة وسبعين سنتغراماً في برشانة عند النوم ، وفي المدة الاخيرة قد وجدنا فائدة كلية من الالونال (allonal) ، حبة واحدة او حبتان اذا اقتضى الامر . وهناك عقاقير عديدة لا أرى لزوماً لتعدادها : والامر المهم هو عدم الاستمرار مدةً طويلةً عليها ، اذن لا يجوز استعمال العلاج اكثر

من يومين الى ثلاثة ايام ثم يعاد الى استعمال الفوّات وماء الزهر .

هذا واتذكر انه كان اعتراني أرق خفيف في صيفٍ حارّ فاستفدت كثيراً من استعمال الحمّام المتشلشل قبل النوم ، اذ كنت اجد راحةً عظمى فليجرب ذلك من اصيب بالأرق . هذا وكثيراً ما يأرق المرء لسبب لسع بق الفراش والناموس او البراغيث، وتلك عللٌ لا تبرأ الا بالاعتناء بالنظافة لاجتناب لسع هذه الحشرات المؤذية .



معالجة النزلة الوافدة بالاستلقاح

للاستاذ جان مينه من معهد ليل الطبي

ترجمة العليم نجم الدين الجندي

يلاحظ في معالجة النزلة الوافدة امران هامان اولهما كيفية اتقاء النزلة وثانيهما مكافحتها بعد حدوثها .

والاستلقاح يضع حلًّا لهاتين المسألتين . لا ينكر ان الاستلقاح لا يزال في مهده غير انه على الرغم من حداثة عهده قد افاد في كثير من الحالات وكانت منه نتائج باهرة حدت باكثر الاطباء الى استعماله في ايامنا .

١ - كيف تتقى النزلة الوافدة ؟ ليس من السهل اتقاء النزلة الوافدة ولا سيما متى عمت لانها شديدة العدوى حتى ان حدوث اصابة في بيت تعد خطراً على سكانه جميعهم ولا يعرف المصاب في بدء مرضه لانه متى شعر بزكام ودغدغة في بلعومه وصداع قد يكون او لا يكون مصاباً ببدء النزلة .

فعلى المرء ان يعزل نفسه عن الاشخاص الآخرين منذ بدء الوافدة . ولكن عزلة كهذه متعذرة في عصرنا عصر التقاليد فعلى المرء ان يتقي العدوى الممكنة بجعل نفسه في احسن شروط المقاومة . ووصولاً الى هذه الغاية يجتنب التعب ويعطي الجسد قسطه الكافي من الراحة والنوم ويبتعد عن

الاجتماعات في المقاهي والمسارح ودور الصور المتحركة غير ان كل هذا قلما يفيد لان لمس شخص واحد سليم الظاهر وحامل لعوامل النزلة قد يكفي لنقلها .

يتضح مما تقدم ان الشخص المعرض للعدوى لا يستطيع التخلص منها فالاستلقاح هو الواسطة الحسنة لاتقاء النزلة واذا لم يفد الفائدة المطلقة في اتقائها فانه مفيد في اتقاء عراقيلها الخطرة حتى اذا ما اصيب الملقح بها كانت وطأتها عليه خفيفة وسليمة . لان النزلة الوافدة خطرة بعراقيلها .

والنزلة غير المعرقلة سليمة العاقبة فعلينا ان نبدل خطتنا وننظر الى اتقاء عراقيل النزلة ان لم يكن الى اتقائها نفسها وبما ان عامل النزلة المرضي لم يكشف حتى الآن حق لنا ان نفكر في ان العراقيل تحدثها الجراثيم العادية لان النزلة من الامراض التي تضعف مقاومة البدن فتشتد حمة الجراثيم العادية . وتصول عليه فاذا تم لنا تمنيع البدن على هذه الجراثيم درأنا خطر المرض .

ان هذه الفكرة حملت الكثيرين على تجارب عديدة منذ السنة ١٩١٧ في انكلترة واميركة واليابان وايطالية . وفي فرنسة لقاحات مختلفة لا تخرج في اصلها عن الدستور الذي أشرت به في السنة ١٩٢٠ وفيه جراثيم التعفن العادية مع جرثوم القيح الازرق . واللقاح الواقي الذي تتداوله ايدي الاطباء تبدو فائدته بشكلين : ١ – انه يقلل عدد الاصابات في الملقحين ٢ – انه يجعل النزلة الوافدة سليمة في الملقحين ويقيهم العراقيل . فليلقح الاصحاء في سياق الوافدة .

وافضل الطرق الواجب اتباعها في الوقاية ان يلقح المعرضون للعدوى

باللقاح ثلاثة ايام متوالية وكل يوم بحقنة واحدة تصنع تحت جلد الكتف او الفخذ او العضد . ولا تقي هذه الحقن المرء وقاية محققة من النزلة مع ان من يصابون بها بعد تلقيحهم قلائل ولكنها تؤثر في زمرة الجراثيم المحدثة للعراقيل فتصبح النزلة سليمة وانها لعمري لنتيجة باهرة وبما انه يصعب على الطبيب اقناع الاشخاص الاصحاء بوجوب استعمال اللقاح الواقي ثلاثة ايام متوالية فان عليه ان ينذر من يخالطون المريض بضرورة هذا اللقاح متى شعروا باقل عرض من اعراض النزلة اتقاء لعراقيلها .

يقول الاستاذ (لوموان) انني اجري حيث استطيع التأثير هذه الحقن الثلاث لكل من يشعر باقل زكام او انزعاج في البلعوم وقد تحققت ان النزلة قلما تتابع سيرها بعد اللقاح بل ان مدتها تقصر واعراضها تخف ولا تتعرقل ابداً والخلاصة ان الحادثات المميتة بعد اللقاح اصبحت نادرة .

واذا قارنا خطر العراقيل بسهولة التلقيح كان علينا ان نجريه بلا تردد لنقلل الحادثات المميتة سواء افي الشبان او الشيوخ .

كيف تعالج النزلة الوافدة بعد بدئها ؟ انما قيل عن اتقاء عراقيل النزلة يسهل ما بقي من المعالجة فغاية المعالجة هي اتقاء العراقيل ومكافحتها بعد حدوثها وانقاص مدة المرض فليبكر باجراء الحقنة الاولى منذ ظهور عرض النزلة الاول وكلما بكر في المعالجة ازداد الامل بالوصول الى نتيجة سريعة وحسنة . وليحقن بمقادير كبيرة مرة في اليوم او مرتين اذا مست الحاجة لان الاستلقاح في النزلة خال من الخطر خلافاً لما يدعي البعض فقد اجريت ملايين من الحقن منذ عشرات السنين فلم اصادف ما يحملني

على ترك اللقاح الذي لا يحدث تفاعلاً شبيهاً بتفاعل المصول او اللقاحات المختلفة ولا يسبب ألماً شديداً ولا ثابتاً الا الم الوخزة الخفيف الذي يزول بعد الحقن .

ويختلف فعل الاستلقاح بحسب الحالات فقد يسبب بعض الصدمة التي يعقبها شفاء سريع وتام وهذا ما حدث لطفلة عمرها سبع سنوات رأيتها مع الدكتور سوينغادون كانت مصابةً بذات القصبات والرئة منذ شهر ونصف وقد عولجت بجميع المعالجات المعروفة فظلت الحرارة بين ٣٩ - ٤٠,٥ وساءت الحالة العامة فحقناها حقنة واحدة باللقاح فاصيبت بصدمة اختلاج وعرق وتنبه وزبد وردي على الشفتين الا انها في اليوم التالي تحسنت فزالت جميع الاعراض وكان الشفاء تاماً وقد يفعل اللقاح فعلاً سريعاً فلا يتقشع المريض وتجف الطرق التنفسية فجأة واني لأذكر حادثة ذات رئة في ابن احد الزملاء مستقرة في القمة اليمنى كانت قد بدت منذ ١٢ ساعة ثم زالت بعد ٢٤ ساعة وسقطت الحرارة من ٤٠° الى ٣٦,٧° بدون ان يتقشع المريض وقد لا يلاحظ تأثير آني وظاهر مع ان الحالة العامة تحسن وتقوى فيتمكن المريض من التغلب على ذات الرئة او ذات القصبات التي كانت تظهر بمظهر الخطر الشديد ولولا اللقاح لكانت قضت على المريض .

وكم من المشاهدات التي استطيع سردها من ذات الرئة المزدوجة وذات القصبات والرئة العديدة البؤر التي تابعت اعراضها الموضعية سيرها الطبيعي ولكن الاعراض العامة تحسنت فزال الوهن وخفت الزلة ونقص التقشع حتى ان بعض المرضى كانوا يشعرون بان ملازمتهم للفراش فضولية

مع ان الاصغاء كان يكشف في اجهزتهم التنفسية عن اعراض نزلة صريحة .

ولكن أ يكفي الاستلقاح وحده في معالجة النزلة البسيطة او المعرقلة ؟ كلا بل يجب ان تستعمل مع الاستلقاح جميع الادوية التي تفيد النزلة فان نفعها قد ثبت منذ زمن بعيد ولا يجوز ان يحرمها المريض ولكن ليعلم ان الاستلقاح يفعل في التعفنات الثانوية والعراقيل ويشفيها بعد حدوثها فهو في يد الطبيب سلاح ماضٍ لمكافحة النزلة الوافدة .

❀❀❀

حنين بن اسحق العبادي

حياته ومؤلفاته

(٨٠٩ — ٨٧٧ م)

تأليف العليم لطفي السعدي . ترجمة السيد شكري سري جقي

وليس بالهين ان يُصدّق ان رجلاً عُهد اليه بالنقل في (بيت الحكمة) وتمتع بثقة الخليفة يسقط من النظر لمنافسة حسّاده ولعل امر الخليفة بسجنه كان تهدئة للرأي العام ولا فرق في بين المسيحي والمسلم لان كليهما يُجلّ العذراء مريم ويؤمن بعقيدة الحبل بلا دنس وبالمسيح كنبيٍ .

اجمع المؤرخون على سمو اخلاق حنين وكده واخلاصه للواجب ومراعاته الحرفية التامة لقسم ابقراط الذي سلّمه الى اطباء القرون الوسطى بواسطة ترجماته . ولم يُذكر الا القليل عن حياته الخاصة والمعروف انه عاش منعماً وهاك ما ذكره ابن ابي اصيبعة عن حياته اليومية قال : «كان حنين في كل يوم عند نزوله من الركوب يدخل الحمام فيصب عليه الماء ويخرج فيلتف بقطيفة . وقد أُعدّ له هناب من فضة فيه رطل شراب وكعكة مترودة فيأكلها ويشرب الشراب ويطرح نفسه حتى يستوفي عرقه وربما نام . ثم يقوم ويتبخر ويُقدّم له طعامه وهو فروج كبير مسمّن قد طبخ وزباجة ورغيف منّا درهم فيحسو من المرق ثم يأكل الفروج والخبز وينام فاذا انتبه شرب اربعة ارطال شراباً عتيقاً واذا اشتهى الفاكهة الرطبة اكل التفاح الشامي والرمان والسفرجل » . (١)

اما تفاصيل موته فيكتنفها الظلام والمعروف انه ترك من بعده ولدين داود واسحق

(١) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة . الطبعة العربية لامرىء القيس الطحان (القاهرة ١٨٨٢) ج ١ ص ١٨٩

وكان قد جمع لها من المؤلفات الطبية الشيء الكثير ونقل لها جانباً غير يسير من كتب جالينوس ولم يشتهر داود بشيء ولم يظهر له سوى كناش واحد اما اسحق فقد ذاع صيته واشتهر في الطب ووضع فيه عدة مؤلفات كما انه نقل الى العربية شيئاً كثيراً من المؤلفات اليونانية ولكنه حصر جل اهتمامه في المصنفات الفلسفية لأرسطو وغيره . (١)

مكانة حنين في نشوء العلوم العربية

وانبثاقها من مصادر اغريقية

لقدر قيمة الدور الذي مثّله حنين كناقل للعلم يقتضي ان نذكر ان المعارف العلمية العربية قبل عصره لم تكن ضئيلة فحسب بل كانت مفتقرة الى الالفاظ الصحيحة اللازمة لتأدية الفكر . ومع ان العلوم اليونانية بدىء بنقلها الى السريانية في نحو النصف الاول من القرن السادس للميلاد ، اي قبل الفتح العربي ، فنقل سرجيس الرأس عيني(م ٥٣٦ للميلاد) وغيره كثيراً من مؤلفات جالينوس القيّمة الى السريانية ، الا ان معظم هذه الترجمات كانت من النوع الضعيف الركيك .

وفي اواخر القرن الثامن او في مطلع القرن التاسع بدأ النشاط الفعلي في نقل العلوم اليونانية الى العربية وبلغت هذه الحركة اوجها لما شرع حنين ومدرسته في العمل تحت رعاية رجال الدولة والعلم من العرب وهنا ينقشع لنا الميدان عن الخلفاء ووزرائهم ورجال بلاطهم يتبارون في تشجيع جمع العلوم اليونانية وتعريبها (٢) . وقد ذكر ابن ابي اصيبعة رهطاً لا يقل عن الخمسين من النقلة الذين ساهموا في هذا العمل الكبير (٣) . ولا شك في ان حنيناً فاق جميع زملائه المعاصرين في دقة اساليبه العلمية وفي تمحيص المخطوطات واخراجها فقد كان يجيد اليونانية ، لغة العلم يومئذ ، اجادة تامة وكانت معرفته للفارسية

(١) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٨٨

(٢) حتى نساء الحرم كن يناصرن العلم وقد كتب حنين رسالة لام الخليفة المتوكل في (الولادة السداسية) راجع تاريخ الحكماء لابن القفطي الطبعة العربية لمطبعة سعدي (القاهرة ١٣٢٦ هـ) ص ١١٩

(٣) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٣ — ٢٠٦ .

والسريانية والعربية خيراً ممن سبقه من النقلة مما ساعده على تنقيح بعض الترجمات غير الصحيحة لاسلافه . وفي سياق عملية الترجمة والنقل لم يكتف حنين بوضع الالفاظ العلمية لايضاح المعاني بل عمل بذكائه على تلخيصها احسن تلخيص ، وليس غريباً ان يبدي رجل كابن ابي اصيبعة اعجابه لدى مقارنة ترجمات حنين مع غيرها ([1]) . وقد بلغ من شدة امانة حنين العلمية انه اعاد ترجمة مؤلفات كان نقلها في اول عهده . ويعتقد برجستراسر ان حنيناً وتلميذه حبيشاً ابرزا معاني النصوص اليونانية باقصى ما يمكن ابرازها من الجلاء والوضوح ([2]) وليس هذا بمستغرب لدى المطلعين على مرونة اللغة العربية . « ان العربية هي بمثابة اليونانية للعالم السامي وقد كان من حسن حظ سير العلم ان وجد في العربية وسيط يعبّر عنه . كانت اللغة الآرامية فقيرة بالنسبة الى العربية حتى ان العبرية الكلاسيكية في ابان عزّها لم تكن لتنازل العربية في مرونتها المدهشة فقد كانت العربية تخرج من اعماق مصادرها الداخلية الخاصة الالفاظ الدقيقة التي كان يتطلبها العلم والفن الحديثان لاداء معانيهما » ([3]) . ولقد اغتاظ برجستراسر من الاستاذ سيمون الذي عاب على حنين وتلامذته لغتهم العامية واثبت برجستراسر ان اسلوبهم وان لم يكن انيقاً طلياً في كل ما كتبوه فقد كان على الاقل حرفياً يؤدي المعنى على الضبط . ومما لا ريب فيه ان حنيناً كان بارعاً لان تعابيره القوية ليس فيها شيء من تكرار الكلام او حشوه .([4])

يرى الاستاذ براون(E.G.Browne)ان الترجمة من اليونانية الى العربية تمت في الغالب بمهارة اعظم ومعرفة اكثر من الترجمة من العربية الى اللاتينية فيما بعد ولذلك فالذي يحكم على الطب العربي بما يقرأه في اللاتينية لن ينجو من ان يبخسه قيمته وان يقسو في حكمه

---

(١) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٨٩

(٢) Bergstrasser, G. Hunein ibn Ishak und seine Schule, (Leiden,1913) ص ٢٨ — ٣٠ و ٤٨ .

(٣) Guillaume, Alfred, The Legacy of Islam Oxford Press (London 1931) ص ٦

(٤) Bergstràsser,G.,Hunein Ibn Ishak und seine Schule, (Leiden1913) ص ٢٨ — ٣٠ و ٤٨

عليهوانت اذا طالعت النص اللاتيني (لقانون) ابن سينا يصعب عليك ان تفلت من الاعتقاد ان هناك بعض الفصول يسيء القارىء فهمها او انه لا يفهمها قط . (١)

ترجم حنن من اليونانية الى السريانية ومن هذه الى العربية ولكنه كثيراً ما نقل من اليونانية الى العربية مباشرةً ويظن لوكليرك ان ما نقله حنين الى السريانية خص به بني دينه اما ترجماته الخاصة باولياء امره من المسلمين فكانت الى العربية رأساً . (٢)

ان البحوث الدقيقة الشاقة التي قام بها العلامة برجستراسر عن الحقبة التي قامت فيها حركة التعريب والنقل اتاحت لنا الوقوف على نموذج مما خطه حنين بنفسه. في عام ١٩٢٥ نشر برجستراسر كراساً نقلًا عن مخطوطة لحنين وجدها في خزائن الكتب بجامع آيا صوفيا في استانبول تحت رقم ٣٦٣١ وهي رسالة كتبها حنين عام ٨٥٦ تتضمن قائمة بجميع كتب جالينوس التي ترجمت وبعضها الذي لم يترجم وعددها كلها ١٢٩ مع ذكر ترجماتها السريانية والعربية ونقداً لكل منها . وهذه القائمة الهامة رتبها حنين اجابة لطلب ظهيره علي بن يحي وزير الخليفة المتوكل . نشر برجستراسر هذه المخطوطة بالعربية مع ترجمتها الالمانية واضاف اليها قائمة بالعناوين اليونانية الاصلية . (٣) وبعد قليل عثر الاستاذ ريتر (H . Ritter) في نفس المكان على مخطوطة لحنين رقمها ٣٥٩٠ وفيها قائمة بكتب جالينوس الحقيقية منها والمزوّرة وتوصل الدكتور ماكس مايرهوف الى الحصول على نسخة فوطوغرافية لهذه المخطوطة دفعها الى برجستراسر لابداء رأيه فيها الامر الذي حدا بهذا الاخير ان يؤم مكتبة آيا صوفيا ليدرس هاتين المخطوطتين عن كثب (٤) .

ومن قبيل التنوير ننشر فيما يلي تعريب النص الانكليزي لمقدمة رسالة حنين رقم ٣٦٣١

(١) Bxowne, E. G. , Arabian Medecine, (Cambridge 1921) ص ١٦ — ٢٧

(٢) Le Clerc, Lucien, Histoire de la Medeciue Arabe , (Paris 1876) ج ١ ص ١٤٤

(٣) Bergstrasser , G, Hunein ibn Ishak über die syrischen und arabischen Galen-Ubersetzungen,(Leipzig (1925)

(٤) Bergstrasser, G., Neue Materia Lien.Zu Hunein ibn Ishaq's Galen-Bibliographie (Leipzig 1932) ص ٧ — ٩

التي قد تنطلق بالقارىء الى حقبة الترجمة تلك وتهيء له تماساً فريداً بالتقاليد العلمية في ذلك العهد وهي كذلك تصوّر لنا البيئة الاجتماعية والثقافية التي كانت من اعظم المشوقات للعلماء يومئذ .

. . . .

رسالة من حنين بن اسحق الى علي بن يحيي (١) عن سائر كتب جالينوس التي تُرجمت، على ما يعلم حنين وعن بعضها الذي لم يُترجم

«ذكرت ، اجلّك الله ، الحاجة الى كتاب تُجمع فيه المؤلفات الصحيحة لقدماء المشتغلين في الطب . والغرض من كتاب كهذا ليس تعداد المؤلفات فحسب بل وبيان الفصول في كل منها لتسهيل مهمة الطالب الذي قد يهمه بعض فصول المؤلف » .

« ولقد طلبت اليّ ، اعانك الله ، ان احاول وضع هـذا الكتاب لك . ولـكن حافظتي غير صالحة للاحاطة بجميع هـذه المؤلفات لانني فقدت ما كنت جمعته منها . طلب الي سريانيٌ بعد ان فقدت مجموعة كتبي ان اضع كتاباً كهذا اجمع فيه آثار جالينوس ورجاني ان اذكر ايضاً ما ترجمته انا وما ترجمه غيري منها الى السريانية او غيرها من اللغات . فكتبت له كتاباً بالسريانية حسب سؤاله. والآن امرتني ، أجلّك الله ، ان انقل لك بسرعة ذلك الكتاب الى العربية وانني لفاعل بما امرت ان شاء الله . واذا

(١) كان وزير الخليفة المتوكل وصاحبه . قاد الجيوش العربية في حربها مع الامبراطورية البيزنطية على الحدود الشمالية ، وكان ايضاً عالماً جليلاً وظهيراً للمعارف .

من الله علي برجوع كتبي الى على يدك فسوف أضيف اليها ماغاب عن ذهني من مؤلفات جالينوس وسأذكر ماعثرنا عليه من الآثار القديمة في الطب.

« وحدث ، عظم الله من شأنك ، انني قدمت ذلك الكتاب بذكر اسم من وضع لاجله وشرحت ماطلب . ولقد امرتني ايضاً بان اعدّد لك كتب جالينوس وعناوينها ، ماعنوان كل منها وما الغرض من كل منها مع بيان عدد فصولها وما هو وارد في كل فصل . فاعلمتك ان جالينوس صنّف كتاباً اسماه الفهرست (Index) على الاسلوب المتقدم وفيه عدد مؤلفاته ثم كتب رسالة اخرى ذكر فيها الترتيب الذي يجب ان تقرأ فيه كتبه . ان التعرف على كتب جالينوس عن طريق جالينوس نفسه خير من التعرف عليها بواسطتي . فكان جوابك : (انه وان كان ماقلته هو الحقيقة بعينها فلا زلنا نحن الذين نرمي الى معرفة كتب جالينوس ونطالع كتباً في العربية والسريانية في حاجة للاطلاع على مانقل من آثار جالينوس الى السريانية والعربية وما لم يُنقل).ا وكان سؤالك اليّ ايضاً ان ابين مانقلته انا بنفسي وحدي وما نقله غيري ،ثم مانقله غيري قبلي فقمت انا بمراجعته وتنقيحه والترتيب الذي نُقلت فيه هذه الكتب بيد غيري كفاءة اولئك النقلة ومن نُقلت الكتب من اجلهم ومن هم الذين نقلتُ لهم هذه الكتب وفي اي دور من ادوار حياتي . ان معرفة هذه الامور لازمة لان قيمة الترجمة على قدر كفاءة المترجم . كما ان هناك ضرورة لمعرفة من نُقلت لهم واي الكتب لم ينقل بعد واذا كان اصل هذه موجوداً في اليونانية ام لا واذا كانت اجزاء منها فقط موجودة . ان معرفة هذا كله ضروري للاهتمام بنقل الموجود منها

والتفتيش عما هو مفقود .

« وفي كتابتك لي ما كتبت اعلم انك على صواب وانك قد دعوتني الى امر يعود بالنفع الجزيل عليّ وعلى كثيرين . ولكني صرفت وقتاً طويلاً بالتسويف وبتأجيل طلبك وذلك لانني فقدت مجموعة كتبي التي جمعتها واحداً واحداً طيلة ايام حياتي في الامصار التي ذرتها ثم خسرتها كلها دفعة واحدة(١) ولم يبق لى منها حتى كتاب (الفهرست) الآنف الذكر الذي اورد فيه جالينوس مؤلفاته . وامام الحاحك بالشروع في هذه المهمة لم ار بداً من الامتثال لارادتك بالرغم عن فقدان الوسائل اللازمة وعليه وبناء على اكتفائك ورضاك بما لازال عالقاً في ذهني من هذا الموضوع فسأبدأ ، بعد الاتكال على المعونة السموية بواسطة صلواتك من اجلي ، بتدوين كل ماعلمه ساكباً كل مافي الذاكرة عن هذه الكتب مبتدئاً بشرح الاثنين اللذين سبق ذكرهما .

وهنا ينطلق حنين في سرد قائمة بمصنفات جالينوس وهي اكثر شمولاً من قائمة ابن ابي اصيبعة لان هذه الاخيرة مع مطابقتها التامة لقائمة حنين تغفل ذكر النقلة (٢)

يستطيع الباحث ، على ضوء « رسالة » حنين التي عني بنشرها العلامة برجستراسر ، ان يتثبت بوجه الجزم من ترجمة حنين واهل مدرسته لكثير

(١) كانت خسارة حنين لخزانة كتبه جزءاً من القصاص الذي انزله بها الخليفة المتوكل لما اتهمه بتودينه بالهرطقة .

(٢) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة ، الطبعة العربية لامرىء القيس الطحان (مصر سنة ١٨٨٢)ج١ص ٩٠ — ١٠٢ .

من موءلفات جالينوس . وان ذلك لمن حسن الحظ لان ما ذكره ابن ابي اصيبعة في هذا الشأن مضطرب في غالب الاحيان لا يفرّق بين ما وضعه بنفسه وما نقله عن غيره . ومع هذا فان بيان ابن ابي اصيبعة لآثار حنين هو ولا شك اكمل مما ذكره ابن النديم (١) وابن القفطي (٢) اما قائمة لكليرك (٣) (Le Clerc) بموءلفات حنين فينقصها تحليل انتقادي يستطاع تلافيه بعد نشر برجستراسر « لرسالة » حنين .

لم تنحصر اهمية حنين ومدرسته في نشوء المعارف العربية بل كان لهما الاثر البليغ في نمو العلوم في القرون الوسطى وذلك بما ترجم الى اللاتينية من آثار اقلامهم . « فحنين هو الذي خلق لجالينوس مكانته السامية في القرون الوسطى في الشرق وبصورة غير مباشرة في الغرب وكثير من كتب جالينوس التي فقدت في الاصل اليوناني حفظت لنا بترجمتها الى العربية بيد حنين او تلامذته . وهاك ما يقوله حنين نفسه عن كتاب لجالينوس لا اثر له اليوم وكان نادراً حتى في ذلك العصر : بحثت عنه برغبة فائقة وسافرت في طلبه وجست بلاد ما بين النهرين وسورية وفلسطين ومصر حتى وصلت الاسكندرية ولكني لم اعثر سوى على نصفه وذلك في دمشق (٤) .

(١) الفهرست ، الطبعة العربية لمصطفى محمد ، (القاهرة ١٣٤٨ هـ) ج ١ ص ٤١٠

(٢) ابن القفطي ، تاريخ الحكماء ، الطبعة العربية ، بمطبعة سعدى (القاهرة ١٣٢٦هـ) ص ١١٩ — ١٢٠

(٣) Le Clerc Lucien. Histoire de la Médecine Arabe (Paris, 1876) Vol.I P. 145 - 152

(٤) Max Meyerhof, Legacy of Islam, by sir Thomas Arnold and Alfred Guillaume Oxford Press (London 1913) P. 316-17-18,

ان قيمة عمل حنين واقعة في تعدد العلوم التي تناولها وشملها . لان ترجماته لكتب افلاطون وارسطاطاليس وابقراط وجالينوس وغيرهم لم تبق صلته بالطب فحسب بل تعدتها الى المنطق والطبيعة وما وراء الطبيعة والبيان والتاريخ والزراعة واللاهوت والرياضيات . واذا جمعت مصنفات حنين الى آثار حبيش ابن اخيه واسحق ولده لم يبق من معارف ذلك العصر شيء بعيد عن اللغة العربية . وهكذا استطاع حنين ان يصوغ مفردات عربية لكل فرع من فروع العلم المعروفة في عصره ولذلك دعاه وثنجتن (Withington) بحق « اراسموس (Erasmus) النهضة العربية » .

❀❀❀

الدوتيريوم

أو

« الهدرجين الثقيل »

(٥)

	H^2O	D^2O
اللزوجة في + ٢٠° مقدرة بمشار البواز(*)	١٠,٨٧	١٤,٢
التوتر السطحي	٧٢,٧٥	٦٨,١

اما ذوبان الاملاح في الماء الثقيل فهو اقل مما في الماء العادي كما وجد تيلور ومعانوه :

نوع الماء	مقدار مايذوب في حرارة + ٢٥ من كلور الصوديوم	كلور الباريوم
١ غرام من الماء العادي	٠,٣٥٩	٠,٣٥٧
١ غرام من الماء الثقيل ٪ ٩٢	٠,٣٠٥	٠,٢٨٩

(*) millipoise ، وحدة القياس للزوجية في الجملة السغثية هي البواز Poise . تخليداً لاسم Poiseuille كاشف قوانينها التي يجمعها الدستور :

$$ح = \frac{\pi \text{ ض ر}^4}{8 \text{ لز ل}} \text{ ز}$$

ح = الحجم ، ض = الضغط ، ر = نصف قطر الانبوبة ، ل = طول الانبوبة لز = لزوجة السائل . ز = الزمن

اما اللزوجة فالتجارب عليها وعلى النقل الكهرباوي قد مكنت من من استنباط حركة الشوارد H^{+} و D^{+} فوجدت النسبة بينهما $\frac{٢}{٣}$ (اي ثلثي شوارد H^{+}) ومن هنا يتضح امكان التجزئة بالتحليل الكهرباوي .

خواصه الفيزيولوجية . — من المعلوم ان الماء العادي قوام الحياة . اما الماء الثقيل فيظهر انه ليس كذلك اذ وجد سماً على بعض العضويات الدنيا . فقد ذكر لويس ان بزور التبغ لا تنشط في الماء الثقيل . واشار تيلور ومعاونوه الى ان الدعبل والشراغيف (*) وبعض النواعم ذوات الاهداب ، والنقاعيات ذوات الاهداب المتساوية ، كلها تموت في خلال (١—٤٨)ساعة في الماء الثقيل الذي عياره ٩٢ ٪ . اما العضويات العالية كالاسماك الحمر فلا يطرأ على حياتها الفيزيولوجية ادنى خلل يذكر اذا وضعت في الماء الثقيل الذي لا يحتوي على اكثر من ١ بالألفين من الدوتيريوم .

اما نسبة اوكسيد الدوتيريوم في الماء العادي فهي على الوسط $\frac{١}{٦٥٠٠}$ في المياه الطبيعية من اي منبع كان . وكذا الحال في المياه المأخوذة من اعماق مختلفة من المحيط الاطلنطي .

مركبات الدوتيريوم . — يستعمل الكيمفيزيون الأمريكيون ما عندهم من الماء الثقيل في تجهيز مركبات جديدة يقوم الدوتيريوم فيها مقام الهدرجين العادي . وقد ذكروا مركبات شتى منها : حمض الدوتيروكلوريدريك والدوتيروبروميدريك وحمض الخل الذي قام فيه الدوتيريوم مقام هدرجينه الحمضي وبفعل الماء الثقيل في فحم الكلسيوم C^2Ca استحصل الأستيلين الثقيل

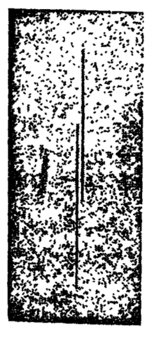
(*) جمع شرغوف (بالضم) وهو الضفدعة الصغيرة têtard .

الذي اكتشفت في طيفه (بمنظار الطيف) ذرة C^2HD .

وبمعالجة الماء الثقيل بآزوت المانيزيوم حصل نوع من روح النشادر الثقيل ND^3 (الآمونياك الثقيل) يختلف تمام الاختلاف عن روح النشادر العادي بالثقل ودرجتي الغليان والانصهار وان تماثل بالرائحة .

وبتسخين الحلون العادي مع الماء الثقيل بملامسة فحمات البوتاسيوم ينتج خلون ثقيل مختلف الصفات عن الحلون العادي .

ومن هنا نستطيع ان نتصور الافق الجديد الواسع الذي انكشف امام الكيمياء العضوية ونحن لا نزال في بدء سلسلة جديدة من الاصطناع . وسيأتي يوم ولعله قريب يضطر الكيمياويون فيه الى فتح فصل جديد لمركبات الفحم الثقيل C_{13} في كتبهم يشحنونه بما يتوصلون الى اصطناعه من الاجسام العضوية الجديدة التي يحل الدوتيريوم فيها محل الهدرجين العادي .


شكل — ٥
خطا $H\alpha$ للغازين

طيف كتلة الدوتيريوم . — لقد ذكرناه فيما سبق

طيفه الضوئي . — لجوهر الدوتيريوم طيف انبعاثي واضح تماماً لا يحتوي على اثر من الهدرجين الطبيعي (شكل ٥) . فلقد شوهدت الخطوط المتشابهة (homologue) لسلسلة بالمير في الطيف المرئي وخطوط سلسلة ليمان فيما فوق البنفسجي .

اما الطيف الثانوي لمزيج الهدرجين

الطبيعي الغني بالدوتيريوم فقد تبين انه مختلط وشوهدت عدة خطوط استدعت الحسابات الرياضية لتعليلها حتى لقد امكن تمييز بعض الخطوط التي تنطبق على الذرة المختلطة HD (شكل ٦) بكمية يسهل حسابها بالدستور :

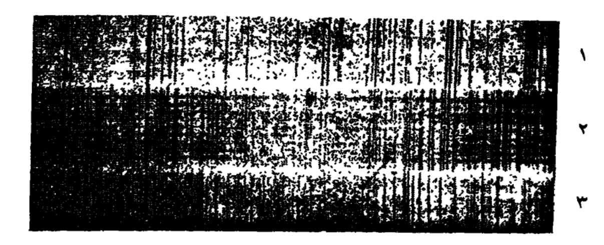
$$ثا = \frac{[H_2H_2]\ [H_1H_1]}{٢[H_1\ H_2]} = \frac{١}{٣} \text{ تقريباً}$$

اما في سلسلة ليمان فقد شوهدت ستة خطوط بين ١٢١٥ آ و ٩٣٠ آ مع فرق في طول الموج كما يلي :

	طول موج H_1	طول موج H_2	الفرق المشاهد	الفرق المستنبط بالحساب
الخط الاول	١٢١٥,٦٦٤	١٢١٥,٣٣٤	٠,٣٣٠	٠,٣٣٠
الخط السادس	٩٣٠,٧٤٤	٩٣٠,٤٩١	٠,٢٥٣	٠,٢٥٨

والبحث لا يزال مستمراً لمشاهدة الخطوط العائدة للنوعين اورتو وپارا دوتيريوم . اما الخطوط التي سبق ذكرها عن نوعي الهدرجين (الاورتو والبارا) والتي كانت برهاناً جلياً على كون الهدرجين الطبيعي مزيجاً ، هذه الخطوط لم تكن الا لذرة مؤلفة من جوهرين من البروتيوم . غير ان الابحاث الاولى دلت على ان الدوتيريوم ليس له نوعان اورتو وپارا لأن السطوح الدورانية الشفع اشد كثافة من الوتر مما يجعل لجوهره قدرة سريان لا هي صفر ولا هي $\frac{١}{٢}$ او $\frac{٢}{٣}$ بل من الممكن ان تكون $\frac{٢}{٢}$. فاذا تحقق هذا بالتجارب لم يبقَ ريب في ان الدوتيريوم لا يمكن ان يكون له نوعان : الاورتو والبارا .

الدوتون . — سميت نواة الدوتيريوم بالدوتون او الدوتيرون او الديبلون كما ذكرنا وقد كانت هذه النواة الجديدة آلة جديدة ثمينة بيد الفيزيائيين ليقوموا بها بشتى التجارب .



الشكل — ٦

١ — الطيف الثانوي للدوتيريوم

٢ — الطيف الثانوي للهدرجين الطبيعي

٣ — الطيف الثانوي لمزيج جزءين متساويين من H_1H_2

من المعلوم ان الفوائد العلمية التي جناها الفيزيائيون من جزيآت ألفا بعيد كشفها كثيرة لا تحصى. وكان رذرفرد اول من استعمل هذه القذائف المنطلقة من استحالة المادة المشعة بسرعة تعادل ٢٢ ألف كيلومتر في الثانية (سنة ١٩١٠) في تفكيك بعض الجواهر الخفيفة بتوجيهه اياها على صفائح معدنيـة رقيقة وجاء بعد تجاربه العديدة بنموذج للجوهر اصلحه (بوهر) بملاحظاته القيّمة ونظريته المشهورة كما تقدم. وتأيد بهذه الوسيلة امكان استحالة الجواهر (*) .

(*) انظر كتابنا السيمياء الحديثة ص ٧٣ — ٨٠ .

وقد افضت الابحاث والتجارب التي اجريت على اشعة آلفا ، اخيراً الى قبول وجود كهرب ايجابي دعي بالبروتون ووجود جزيء عنصري جديد دعي النوترون كالبروتون تماماً ولكنه عديم الشحنة الكهرباوية. واستعملت البروتونات نفسها كآلات عاملة في تهديم الجواهر وتحويلها تحويلاً اصطناعياً.

وها هي النواة الجديدة ، الدوتون ، توضع بين ايدي الفيزيائيين كقذائف جديدة بعد الهليون اي نوى الهليوم ذوات الكتلة ٤ ، والبروتون، نوى الهدرجين ذوات الكتلة ١. فلا عجب اذا قاموا باطلاقها على الجواهر الخفيفة او الثقيلة محاولين تفكيكها واحالتها الى عناصر ادق .

فقد استعمل الاستاذ لاورانس (Lawrence) احد علماء جامعة كاليفورنية ومعاونوه جواهر الدوتيريوم نسبتها ٥٠ ٪ وحرضوا شوارد $H_1H_2^+$ بقوة قدرها ٢ × ١٠^٦ فلط واطلقوها على إهداف شتى فأنتجت پروتونات بقدرة ٦٦٠ الف فلط ونوى H_2 (اي الدوتون) بقدرة ١٣٣٠٠٠٠ فلط ، فسلطوا هذه الدوتونات على اهداف من NO^3NH^4—FLi—Pt—Au—C فحصلوا على جزيآت ألفا وپروتونات. فاذا فرض ان هذه الاستحالة تجري وفقاً للمعادلة :

$$Li_6 + H_2 \longrightarrow 2He_4$$

ينتج بالحساب ان القدرة المنطلقة يجب ان تكون ٢٣ ميليون و٤٠٠ الف فلط او ١١ ميليون و٧٠٠ الف في كل جزيء مما يتوافق جيداً مع نتيجة التجربة لان اللتيوم اعطى جزيآت ألفا ذوات مسير ١٤,٥ سنتمتراً يتوافق مع قدرة ١٢ ميليون و ٥٠٠ الف كهرب - فلط وهي اعظم قدرة حصل

عليها حتى الآن لاجل جزيآت آلفا .

ويمكن لهذه الاستحالة ان تجري وفقاً للمعادلة :

$$Li_7 + H_2 \rightarrow 2He_4 + \text{Neutron}$$

التي يقول بها رذرفرد نفسه .

وكذلك اطلقت نوى الدوتيريوم في ساحة كهرباوية شديدة ، على جواهر الصوديوم فكان من ذلك ان اجتذبت نواة جواهره ، نواة الدوتيريوم التي اصابتها واندمجتا فانطلق البروتون أي ان جزيأ وزنه نصف وزن نواة الدوتيريوم ينطلق على اثر هذا الاندماج ويبقى النصف الآخر في نواة الصوديوم فيزيد بوزنه واحداً عما كان مع بقاء شحنته الكهرباوية على ما كانت عليه فيتكون بسبب ذلك عنصر صوديوم مشع مدة اشعاعه اطول من مدة اشعاع الألمنيوم المعروض الى العملية ذاتها (*) . وبهذه الطريقة امكن اصطناع عناصر مشعة تقليداً للطبيعة واقل ثمناً من الراديوم الطبيعي الذي يكلف استحصاله ثمناً باهظاً جداً (ثمن الغرام الواحد منه يزيد الآن على عشرة آلاف جنيه) .

هذا وان الدوتونات تبعث عدا عن جزيآت ألفا ، كثيراً من البروتونات

(*) ان المدة التي يحتاج اليها الصوديوم المشع لفقدان نصف فعل الاشعاع (اي عمره الوسط) هي ١٥ ساعة . اما الراديوم فيفقد نصف فعله في ١٦٠٠ سنة . وبما ان الصوديوم المشع يمتاز على الالمنيوم المشع باطلاقه اشعة جيمية عظيمة القدرة كالاشعة السينية وكان للاشعة الجيمية فعل حسن في مداواة النوامي السرطانية يتضح امكان الاستفادة من الصوديوم المشع في معالجة السرطان بدلاً من الراديوم (انظر ما كتبناه بهذا الشأن في هذه المجلة تحت عنوان احاديث اليوم عن عجائب الراديوم م ١ ج ٩)

التي قد يبلغ مسيرها في الهواء ١٨ سنتمتراً ولا تعليل لقدرة هذه البروتونات الا بتصدع الدوتون الى بروتون واحد ونوترون واحد .

هذه التجارب كلها وان كانت بعد في مبدئها ، حملت الفيزيائيين على القول بان الدوتون (نواة الدوتيريوم) ذا الكتلة ٢ والشحنة +١ مؤلف من پروتون واحد ونوترون واحد أو من پروتونين وكهرب سلبي .

ومما تقدم يتضح لك ايها القارىء الكريم ان بضع سنين فقط انقضت في درس خواص الهدرجين ذلك العنصر القديم ، درساً دقيقاً كفت لتجعل انقلاباً خطيراً في كثير من فصول الكيمياء وخصوصاً في نظرية الجواهر .

فها اننا بعد ان عددنا الهدرجين العادي زمناً طويلاً ، أبسط العناصر تبدّى لنا انه ليس كما حسبناه ، بسيطاً بل هو مزيج نظيرين على الأقل ذوي بنيتين مختلفتين كل الاختلاف باتحادهما مثنى مثنى — بالشروط الاعتيادية — تتألف ذرات يمكن ان يختلف بعضها عن بعض اما بالجواهر التي تؤلفها وإما — في حالة الذرة H_2 — بنظير جديد .

وكذا الماء احد عناصر الاقدمين الاربعة ، الذي اثبت لافوازيه الشهير بتحليله انه جسم مركب (لا عنصر) هذا الماء النقي ، الماء البسيط Aqua Simplex ظهر انه هو ايضاً مزيج . ولا يدري احد ماذا يخبئه الغد من المفاجآت العلمية العجيبة ومن يعش ير .

❀❀❀

مآخـذ المقال

Berthoud (A.) . --- Matière et Atome.

Damiens (A.) . -- Les isotopes.

Darmois (E.) . -- L'hydrogène est un mélange.

» » . -- Le Deuterium.

Leduc (A.) . — Thermodynamique.

Pascal (Paule). — Lraité de Chim minérale t, I.

Sommerfeld (A.) ---. La constitution de l' atome.

Vezès . — Leçons de Chim. physique.

Vigneron (H.) . — Précis de Chim . physique.

Journal de Pharmacie et de Chim . 1934.

الجزء ٥ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ م الموافق لشعبان سنة ١٣٥٥ هـ

تشخيص خلع الورك الولادي و معالجته

لا يخفى ما لخلع الورك الولادي من المقام الرفيع في فن التجبير الحاضر . وذلك تابع لعدة اسباب : منها ان رد الخلع الولادي عملية حديثة العهد فان اول خلع ردّ كان خلع مدام تاجوت ويلبوشافيتش في السنة ١٨٩٦ وان الرد لم يصبح قاعدة مطردة متبعة في كل خلع الا منذ السنة ١٩٠٠ وان تمحيص النتائج يستدعي احصاء آت واسعة لم يستطع الحصول عليها الا بعد الحرب الكبرى وأ كبرها قيمة احصاء لانج المشتمل على ١٥٠٠ مريض و ٢٢٠٠ ورك واحصاء ريدلون على ٤٠٠ مريض واحصاء نوفهجوسارن على ٣٠٠ مريض واحصاء بوتي المجموع في خلال ٣٢ سنة والمشتمل على ٢٥٧٨ مريضاً و ٣٦٨٥ وركاً واحصاء لامي على ٥٠٠

ومنها ان الرسم الشعاعي قد ألقى نوراً ساطعاً على خلع الورك الولادي الغامض كما سنرى اضف الى ذلك ان تقدم الجراحة المفصلية منذ الحرب الكبرى مكن البعض من القيام ببعض توسطات جراحية مبدلاً الآراء التي كانت سائدة حتى ذلك العهد عن معالجة خلع الورك الولادي .

والدروس العديدة التي وجهت الى الرثية بينت ان بين الخلع وبعض التهابات المفاصل المشوهة صلة لا تنكر وحملت الجراح المجبر على التعمق في درس هذا الخلع وجلاء غموضه .

ولا بدّ لنا قبل البحث في تشخيص الخلع الولادي ولا سيا تشخيصه المبني على الرسم

الشعاعي وهو حجر الزاوية من ذكر لمحة مقتضبة عن التشريح المرضي والعلامات التي يمتاز بها ذاكرين بعدئذ معالجته وما طرأ عليها ومراعين الاختصار ما امكننا

التشريح المرضي : ان خلع الورك الولادي عاهة كثيرة الحدوث لانها تأتي في الدرجة الثانية بعد القدم العرجاء . وهي في الاناث اكثر منها في الذكور بما يعادل ٥ — ٦ بنات لكل صبي ولعل السبب كون الحوض في الاناث اوسع منه في الذكور غير ان هذا الامر لم تقم الحجة عليه واسبابه لا تزال غامضة وجل ما يعرف عنه ان للوراثة تأثيراً في هذه العاهة فان عدة ذريات قد تصاب في الاسرة الواحدة فهي والحالة هذه وراثية بالنسبة الى المرأة .

واذا نظرنا الى حالة الكرمة اي رأس الفخذ قلنا انها مخلوعة لانها قد هجرت الحق واستقرت في الحفرة الجرقفية الظاهرة استقراراً ثابتاً غير ان كلمة خلع لا تعبر عن هذه العاهة تعبيراً وافياً على ما نرى . فليس الخلع الولادي خلعاً فحسب بل تشوهاً قد طرأ على عناصر المفصل جميعها . ولهذا الامر شأنه في الممارسة لأنه يستدعي تحفظات نحن في غنى عنها في الخلوع الرضية : اولها ان رد الكرمة الى مقرها لا يكفي ليستعيد المفصل وظيفته كاملة كما في الخلوع العادية وثانيها ان تشوشات اغتذائية مصدرها اضطرابات الوظيفية قد تطرأ على الناحية جميعها

فالحق مسطح وقد امحى في العالي حاجبه المشرف على الكرمة وغابت حويته الحرقفية واتجاه الحق سيء فهو ينظر كثيراً الى العالي والامام وشكله متبدل فهو زاوي او بيضي عوضاً عن ان يكون كروياً وقد يملأه نسيج ليفي، وجنيح الحرقفة جميعه ضامر .

وعظم الفخذ دقيق والعنق قصير ومنعطف الى الامام وكثيف والكرمة صغيرة مندفعة نحو القسم العلوي الوحشي من العنق مختلة النمو كأنها قالب السكر . فلا عجب اذا لم تتوافق الكرمة والحق بعد الرد ما زال التشوه على ما ذكرنا .

والمحفظة قد مطت وضاق وسطها كالمروحة والتصقت بقعر الحق

والرباط المدور وهو اساس تغذية الكرمة ضامر مشدود حتى انه قد يضمحل في السنة الثالثة او الرابعة ولا يبقى له اقل اثر بعد السنة السادسة . ويعلل لنا ضموره التشوشات الاغتذائية التي تطرأ على العظم . والعضلات التي ترتكز على جسم الفخذ من جهة وعظم

الحرقفة من الجهة الثانية ولا سيما المستقيمة الامامية والمقربات تقصر بعد ان علت الكرمة وشأن العروق والاعصاب شأن العضلات نفسها . وليعلم ان تشوهات اخرى قد ترافق هذه العاهة : قدم عرجاء ، علم (bec de lièvre) تكفف (syndactylie) وفي الذكور هجرة الخصية واحليل تحتي .

الاعراض والتشخيص : قد يدعى الطبيب الى مشاهدة ابنة تأخر مشيها او انها بعد ان مشت لاحظ والداها انها تتمايل تمايلًا غير طبيعي فالعرض الاولي هو تأخر المشي لان الولد السليم يمشي في الشهر الثاني عشر والمصابون بخلع مفرد لا يمشون قبل الشهر ١٦ — ١٨ — ٢٠ والمصابون بانخلاع مزدوج قبل الشهر الرابع والعشرين فالطفلة اذن قبل مشيها تبدو قوية البدن ولكنها لا تجسر على المشي بل تدب بسهولة تاركة دائماً طرفها في الوراء وكثيراً ما تجلس عليه وهي لا تتألم ونموها طبيعي فعلينا ألاّ نخرف عن التشخيص اذا كان هناك خلع ولادي لان علاماته بيانية .

١ً — علامة قصر الطرف : أ — متى كان الولد مستلقياً على ظهره وطرفاه السفليان ممددين . لا تتناسب ثنيتا وجه الفخذين الانسي اذا كان الخلع في جهة واحدة

ب — واذا اضطجع الولد وطرفاه منعطفان تكون ركبة الورك المخلوعة اكثر انخفاضاً من الاخرى . واذا أُجلس الولد بعد ان كان مضطجعاً وبقي طرفاه السفليان ممددين يزداد قصر الطرف المصاب بفعل العضلات الوركية الساقية وتؤخذ الركبة نقطة للقياس

٢ً — علامة استرخاء المحفظة أ — اذا رفع الطرف من الاسفل الى الاعلى وكان المريض مضطجعاً ترتفع الكرمة ارتفاعاً محسوساً تشعر به اليد وقد يشعر بها انها تقفز قفزاً واذا شدّ الطرف عاد الى طوله الاول الظاهر وهذه هي علامة المدحم (piston)

ب — اذا كان الولد مضطجعاً على ظهره وفخذاه منعطفتان زاوية مستقيمة وابعدت القدم الى الوحشي وبقيت الركبة في الذروة يدور عظم الفخذ الى الانسي . ففي الجهة المتخلعة يكون الدوران اشد ويستطاع جرّ القدم حتى الخط المعترض من الركبة وهذه هي علامة المفتاح ويشعر ايضاً بنقض (craquement) يدل على احتكاك الكرمة بحافة الحق خارج المفصل ويجب ان تراقب هذه العلامات بالرسم الكهربي

وفي الرضيع البالغ من العمر اربعة اشهر يشخص الخلع بانفصال الحق عن نهاية جسم العظم واذا فحص الرسم بدقة يشاهد ان المدور الصغير من جهة (خلع مفرد) اعلى من عظم الورك اكثر مما في الجهة الثانية ومتى تقدم عمر الولد قليلاً ظهر اختلاف في حجم الطرفين وتأخر في تعظم النواة العائدة الى الطرف المريض فكانت هذه العلامة الثانية مدعاة الى الظن بالخلع الولادي ومتى مشى الولد ازدادت هذه الاعراض جميعها وانجلت فان الطفلة بعد ان تقدم على المشي اي بعد الشهر ١٦ — ١٨ تتمايل في مشيتها وكثيراً ما ينسب جيرانها هذه المشية الى الضعف حتى ان بعض الاطباء يثبتون للوالدين ايضاً ان هذا التمايل ليس بذي بال لأن الولد وُلد هكذا وان ما اصابه سيزول فوراً بعد قليل من الزمن غير ان هذا الضعف لا ينقص ولا يصطلح ابداً وحياة الاشخاص المصابين بخلع الورك الولادي مملوءة عذاباً عدا ما يسببه هذا الخلع من عسرة الولادة في المستقبل فعلينا اذن ان نفهم الوالدين ان الولد مصاب بخلع وان معالجته واجبة او انه مصاب بتشوه خرعي بسيط لا خطر منه .

واذا عريت الطفلة ومشت نرى انها تتورك من جهة واحدة وتعرج وتميل الى الجهة المريضة في كل خطوة ويخيل ان المدور الكبير يرتفع حين الاستناد ثم يهبط والكتف المنخفضة في الجهة المخلوعة حين استناد القدم تعلو فجأة لترفع عن الارض الطرف المريض يدل هذا المشهد السريري على عجز وظيفي في الالوية الوسطى لكون ارتكازاتها متقاربة فتعجز حين الاستناد عن تثبيت الحوض افقياً وصفوة القول ان الطرف القصير متى حمل الجسد لا يستند الى الارض الا بذروة قدمه ولا يطيل استناده (بخطف الخطوة) .

ثم يفحص الولد واقفاً وفي حالة الراحة فيشاهد ان وضعته متوركة (hanchée) وانه يحمل ثقل جسده كله على الطرف المشوه القصير ويعطف طرفه السليم ليجعله طول الطرف الآخر وان الورك المنخلعة تبرز بروزاً غير طبيعي (لان عضلات الالية يرفعها المدور) واذا قلص الطرفان السفليان يخفض الشوك الحرقفي في الجهة المريضة : وينحرف الحوض الى الجهة المصابة وشق الفرج يقطع جذر الفخذ في الجهة السليمة . يدل كل هذا على قصر في الطرف مع ضمور عضلي قليل في الجهة المشوهة ويبدو تقوس قطني ليعيض عن اتجاه الحوض الى الامام ويزداد هذا التقوس ويصحبه جنف كلما ازدادت هجرة الكرمة مع انقضاء السنين .

وثنية تحت الالية منخفضة في الوراء وفي الجهة المريضة والالية رخوة والخط العمودي بين الاليتين يصبح مائلًا فاذا مدد قاطع الطرف السليم واذا اطاع الولد تحرى علامة تراندلنبورغ فيوعز اليه ان ينتصب مرة على ساقه اليسرى واخرى على ساقه اليمنى فتى وقف الولد على الطرف السليم يبقى الحوض افقياً لقوة العضلة الالويةالوسطى خلاف ما يحدث اذا وقف على الطرف المصاب لان الحوض ينخفض الى الجهة المضادة وهذه الوضعة ناجمةمن قصور الالوية الوسطى التي اقتربت ارتكازاتها بعد الخلع . ثم يسأل الولد ان يستلقي على ظهره على سطح صلب فاذا جعل الشوكان الحرقفيان في خط افقي واحديلاحظ من فحص اخمصي القدمين قصر محسوس في الطرف المخلوع وتحرى في كلا الطرفين سعة الحركات : فالانعطاف مزداد قليلًا في الجهة المريضة وتبعيد الفخذ (وهو اهم عرض) بعد جعلها زاوية قائمة على الحوض محدود في الطرف المصاب بسبب المقربات التي تبرز اوتارها .

والدوران الوحشي سهل للغاية والدوران الانسي محدود قليلًا والتقريب مزداد وجميع هذه العلامات تحملنا على الشك في الخلع ومتى اجريت هذه الحركات بالتناوب:الانعطاف والانبساط والخ . سمعت فرقعة غليظة في المفصل

ثم يحث بعد ذلك عن الكرمة ويفتش عنها باخذ الورك بملء اليد : الابهام في الامام على الثنية الاربية وبقية الاصابع في الوراء واحداها على المدور ويفتش بالابهام عن نبضان الشريان الفخذي حتى اذا شعر به تضغط الانسجة كما لو اريد ضغط الشريان ففي الجهة السليمة يحس بسطح صلب اي بالكرمة الموجودةفي مقرها اما في الجهةالاخرى فتغور الاصبع انسي الشريان الفخذي اي في المكان الذي يجب ان تصادف فيه الكرمة عادة ولكن هذه الكرمة ليست تحت الشريان فاين هي اذاً ؟ انها في موضع آخر . فاذا أدير الطرف دوراناً خفيفاً ورفعت اليد الجاسة قليلًا شعر بتحرك الكرمة تحت الاصبع خارج الحق واحياناً في الاليةوهذه العلامة ذات شأن لانها علامةسريريةتثبت انخلاع الطرف

ويفتش ايضاً عن ارتفاع المدور الكبير فوق خط نالاتون روزه : يصل هذا الخط الشوك الحرقفي الامامي العلوي لذروة الورك ويمر بالمدور الكبير في الحالة الطبيعية غير ان المدور الكبير يعلو عن هذا الخط في الجهةالمصابة والاعراض هي هي في الخلع المزدوج

ومتى فحص الولد منتصباً تظهر فخذاه قصيرتين وتصل يداه الى الركبتين وربما الى تحتهما والتقوس القطني اجلى مما في الخلع المفرد ويمشي المريض وركبتاه منعطفتان ومتصالبتان كالمقراض لدوران عظمي الفخذين المخلوعين الى الانسي وتظهر علامة المضخة في المدورين وتنعطف القامة الى الجهة المضادة للقدم التي هي على وشك الارتفاع ولا يثبت التشخيص الا بالرسم الكهربي الذي يوضح : ١ — ان عظم الفخذ دقيق وتخترقه الاشعة بسهولة وان العنق قصير ونواة المشاشة ضامرة والمشاشة في وضع معيب لانها مندفعة الى العالي والامام كالنقطة فوق (i) ثم يبدو تشوه الكرمة المسطحة كسطام عجلة القطار او كالهليون او كالمخروط الذي لا يستطاع تمفصله

واما عظم الحرقفة فيلاحظ فيه ان الجناح مسطح وقاعه ناقص بشكل نصف الليمونة الحامضة عوضاً عن ان يكون بشكل نصف البرتقالة « كالو » ومنحدر الحق غائب في القسم الاعلى

ودرس مناسبات الكرمة مع عظم الحرقفة يبين لنا ما اذا كانت في مقرها ام لا . ولا يظهر هذا الا بخط العقود وارباع الدائرة : فاذا رسمنا خطاً مائلاً بحسب حافة العنق السفلى يكمل هذا الخط في الحالة الطبيعية خط الحافة العليا للثقب تحت العانة وهذا هو خط العقد السفلي . والخط الماس لحافة العظم الحرقفي الوحشية فوق الحق يؤلف خطاً منحنياً يكمل عادة حافة العنق العليا وهذا هو خط العقد العلوي. فخط العقدين ينقطعان في الجهة المنخلعة .

وتؤلف ارباع الدائرة برسم خط افقي مار بالنقطتين النيرتين الموافقتين لقعري الحقين ثم يرسم خط عمودي على الخط الافقي مماساً لحافة الرفرف الحقي الوحشية فتتألف اربعة ارباع الدائرة فالكرمة « نواة المشاشة » في ولد عمره سنتان تقع في ربع الدائرة السفلي الانسي وتحت الخط الافقي المار بالنقطتين النيرتين وفي الولد الذي لم يمش بعد تقع الكرمة المنخلعة في وحشي الخط المذكور وتحته وفي الولد الذي مشى تقع وحشي الخط وفوقه فكل كرمة تقع في ربع الدائرة العلوي الوحشي او كل كرمة يقطعها خط النقطتين النيرتين هي كرمة منخلعة ويستطاع اثبات هذا الخلع بلا معاينة سريرية فدرجة انقطاع خط العقد واختلاف مقر الكرمة في ربع الدائرة يبينان درجة الخلع الذي تجب معالجته في جميع الحالات

ولا بد من تمييز هذا الخلع عن حالات العرج الاخرى: فاذا كان المدور الكبير مرتفعاً فوق خط نالاتون كان خلع او ورك روحاء غير ان الكرمة في الورك الروحاء تبقى في مقرها ومثلث سكاربا لا ينضغط . والخلع الرضي يجم من طارئة شديدة . والالتهابات المفصلية المخربة في الطفولة الاولى (التهاب العظم والنقي في الرضيع . والتهاب المفصل بالمكورات الرئوية في الوليد) تظهر في رسمها الكهربي تخريبات عظمية في العنق وحاجب الحق وكل تجارب يحاول بها الرد لا تأتي بالفائدة لكون الكرمة قد تلفت وتظهر ندوب تمكننا من نسبة الآفة الى سببها الحقيقي .

وتمييز الخلع عن الوراك (coxalgie) ذو شأن كبير في الفتيان لان هذه العلة تتلف العظم بسرعة والتثبيت المتأخر قد يفضي الى حالة وخيمة. فمن الوجهة السريرية: الألم (والخلع يخلو من الألم في الولد) وتحدد الحركات جميعها واتساج العقد اللنفاوية الحرقفية وظهور الكرمة في مقرها بالرسم الكهربي وانقراص المفصل كل هذا يثبت تشخيص الآفة اما الخلع الشللي الناجم من ضمور عضلي في المبعدات المشلولة واسترخاء الربط مع سلامة المقربات والعاطفات فهو نادر للغاية . وفي تناذر ليتل بتقفع العاطفات والمقربات فالقدم الروحاء القفداء المتقفعة تقفعاً بانياً في هذه العلة تثبت التشخيص .

والخلع الولادي ناجم من وقف النمو المستمر في الجنين او من تأخره الذي تنم عليه غيبة منحدر الجوف في القسم الاعلى الخلفي وهذا التشوه الكبير هو مصدر بقية التشوهات .

ولماذا يقف النمو ؟ جرب اومبردان ان يعلل ذلك بقوله : تمشي الحيوانات العليا جميعها وعظم الفخذ منعطف انعطافاً شديداً على عظم الحرقفة وهذا هو وضع عظم الجنين في الرحم (الجنين الضفدع) ففي الحيوانات تستند اذن الكرمة الى القسم السفلي من الحق وهو مسند عظمي متين والانسان بعد ان تعوّد الوقوف اكسب حقه مستنداً قوياً في قسمه العلوي يميزه عن انواع الحيوانات ولعل هذا المستند آخر ما يكسبه الانسان في الحياة الرحمية فاذا ما وقف نمو عظم الحرقفة او تأخر اصاب في الغالب هذا العنصر المكتسب اخيراً وكانت منه غيبة المستند العلوي في حاجب الحق فيولد الولد مع نقص يؤهب الورك للانخلاع غير ان ذلك لا يعلل كثرة حدوث المرض في البنات والآن لنبحث متى وكيف تخلع هذه الورك المشوهة؟ يبقى الجنين حتى الولادة في وضع الضفدع فيسرع

بعد ولادته عند المتحضرين الى بسط طرفيه السفليين ووضع طبقات كثيفة من الاقمشة بين فخذيه لتبعيد نهاية الفخذ العليا ومتى مر الجنين الشبيه بالضفدع من الوضع الذي كان فيه وهو في الرحم الى وضع الانسان لا تتبدل العضلات المدورية طولاً اياً كانت الوضعة بيد ان البسواس الذي يرتكز على المدور الصغير يصبح طوله مضاعفاً فينجم من ذلك انجذاب شأنه رفع عظم الفخذ فاذا كان المستند العالي قد تأخر نموه خرجت الكرمة في العالي وانخلعت واذا لم تخلع الكرمة اثر هذه الحركة فانها تخلع متى بدأ الولد يمشي .

فالعامل التشريحي اللازم لانخلاع الكرمة هو وقف نمو الحاجب الحقي ، والعامل المحدث هو رافعة الفخذ التي تزلق نقطة ارتكازها اذا لم تكن مثبتة تثبيتاً حسناً .

فما هو مصير الكرمة الخارجة من الحق ؟ انها تبقى ثابتة مدة من الزمن فوق سطح الحق (الشكل فوق الحق المستند) ثم تصعد من جراء المشي الى الحفرة الحرقفية الظاهرة امام القنزعة حيث ترتبط اللفافة العريضة ثم تسقط حذاء حافة الحاجب الحقي الخلفية (النوع الحرقفي الامامي) ويصحب هذه الحركة دوران عظم الفخذ الى الوحشي لان الكرمة تكون عادة في وضعة امامية والمدور في الوراء خاضع لشد المروحة العضلية وتتبع الكرمة بعدئذ خط ارتكاز العضلة الالوية الوسطى فتسير الى الوراء نحو القسم الخلفي للجناح الحرقفي الواقع فوق الناحية الوركية وبعد ان تجتاز الكرمة القنزعة تنقلب وتتراجع الى الوراء والمدور تجره العضلات الى امام الحق فيدور عظم الفخذ الى الانسي (النوع الحرقفي الخلفي)

وينقلب الحوض الى الامام في الخلع المزدوج حيث يكون معلقاً بين الكرمتين المنخلعتين الى الوراء فينجم من ذلك بزخ (lordose) متزايد ويضيق المضيق العلوي ويتسع المضيق السفلي والاتجاه الذي يأخذه عظم الفخذ يزداد ميلًا الى الاسفل والانسي وتتصالب الركبتان كالمقراض وتسترخي المحفظة المفصلية ولا تتمزق وتصل بها الحالة الى الانفتال على نفسها كالمرملة ويأتي وتر البسواس فيصالبها عند نقطة انفتالها معيداً التقويم مستصعباً

الانذار : تابع للمعالجة التي عولجها المخلوع وهو اقل وخامة في الخلع المفرد منه في الخلع المزدوج . والشكل المزدوج غير المتناظر اشد الاشكال وخامة

العراقيل : السل قليل الحدوث ويخشى في الانخلاعات التي لا ترد ظهور طارئة في

الحق الجديد في السنة ٣٠ او ٤٠ من العمر نعني بها التهاب المفصل المزمن الشبيه بالتهاب المفصل الجاف الذي لا تؤثر فيه المعالجات

وصفوة القول : ان تشخيص خلع الورك الولادي يجب ان يبكر فيه وتأخر المشي والعرج وقصر الطرف وعلامة تراندلنبورغ وخلو الآفة من الألم هي علامات احتمال . وغيبة الكرمة من مقرها الطبيعي يعيد التشخيص مرجحاً والرسم الكهربي يثبته كما ان انقطاع خط العقود ووجود الكرمة في ربع الدائرة العلوي الوحشي يثبتانه ايضاً

المعالجة : ان معالجة الخلع الولادي قد نظمت الآن تنظيماً حسناً غير ان بعض الممارسين الرجعيين يخالطهم الريب بنتيجتها واذا حق للوالدين عدم معرفتها فلا يحق للاطباء جهلها واذا دعيتم يوماً الى مشاهدة امرأة تعسرت عليها الولادة لكونها مصابة بخلع ورك ولادي تتأسفون لعلمكم ان التشوه البدني الذي طرأ على تركيب الحوض وافضى الى هذه الحالة الوخيمة لم يشاهد ولم يعالج لما كانت تلك المرأة طفلة . وليعلم انه اذا شخص الخلع الولادي في الولد وعولج بما تقتضيه الحالة كانت منه اجل الخدمات الى امهات الغد . فواجبنا ان نشخص الآفة فقط وان نعهد بعلاجها الى الاخصائيين لان هذه المعالجة دقيقة للغاية وتقوم صعوبات جمة في وجهها

والمعالجة المبكرة هي ذات شأن واننا لنستطيع القول ان جميع الحالات التي تعالج في الوقت المناسب تشفى . فبمَ يقوم هذا العلاج ؟

ان المعالجة الجراحية قد اهملت الآن لانها خطرة وتستدعي طرقاً جراحية دقيقة ولان جميع الحركات المؤدية الى ارجاع الكرمة الى مقرها بعد فتح المفصل تولد بؤرة شديدة التعرض للعفونة وان كانت خفيفة حتى ولو كانت من نوع العفونات التي يستحيل اجتنابها عادة وما هي الا معالجة استثنائية لان النتيجة التي ترجى منها هي في النهاية قسط المفصل .

والمعالجة التجبيرية التي تقوم بالرد غير الجراحي اكثر استعمالاً الآن وتتضمن زمنين من التوسط

١ً — الرد

٢ً — التثبيت في وضع مناسب

واحسن وقت للرد بعد اثبات التشخيص هو متى اصبح الولد نظيفاً اي بعـد الشهر الثامن عشر والرد المبكر يرجع الوجوه المفصلية التي لم تتشوه بعد الى مقرها فالكرمة تبقى مدورة وحافة الحق سليمة لأن الكرمة لم تستند اليها طويلاً والرباط المدور مع المحفظة لم يمدد ايضاً الا مدة قصيرة من الزمن . ويصبح هذا الرد بعد السنة الرابعة شاقاً للغاية ولا سيما اذا كان الخلع مزدوجاً لان الكرمتين تصعدان الى حذاء الجناح الحرقفي من جراء المشي حتى ان الخلع الذي كان فوق الحق يصبح خلعاً خلفياً وحرقفياً وصورة الكرمة بالرسم الكهربي تبدو حينئذ على الجناح الحرقفي ويخيل الى الناظر انها قد ثقبته . ومع ذلك فان الحصول على نتائج حسنة مستطاع بعد السنة الخامسة في الانخلاعات المزدوجة وبعد السنة السابعة في الانخلاعات المفردة وما زاد على هذه السن يخشى فيه قسط المفصل فيجب اذا جرب الرد بعد هذه السن وكان الخلع مزدوجاً الا ترد الوركان معاً بل ترد الواحدة بعد الاخرى . ويحضر الرد بالتمديد المتواصل السابق بواسطة ٥ — ٦ كيلو غرامات في الاولاد الكبار زهاء ٣ — ٤ اسابيع وقد يستطاع الرد في بعض الحالات بعد ١٢ — ١٣ سنة وما فوق وليعلم ان كل خلع ولادي يصبح بعد السنة الخامسة عشرة لا يرد بالوسائط الخارجية وحدها .

رد الخلع : يرد بعد التخدير وباجراء حركتين متناوبتين للكرمة : خفضها ثم دفعها الى الامام فتصبح والحالة هذه تجاه الحق حيث تثبت وتخفض الكرمة بعطف الطرف العنيف على الحوض فتتمدد بهذه الحركة العضلات الوركية الساقية وتسقط الكرمة الى مستوى الحق او امامه

اما دفع الكرمة الى الامام فيتم بحركة تبعيد الفخذ على ان يثبت شخص آخر الحوض وتساعد هذه الحركة بدفع الكرمة بيد او بوضع قبضة اليد تحت المدور بينا اليد الثانية تمسك ركبة المريض وتجري حركة التبعيد ومن جراء هذه الحركة (حركة الرافعة) تجتاز الكرمة حافة الحق وتسقط في قعره ويعلم ان الرد قد حصل من حدوث الفرقعة وحركة القفز فتسمع الاذن الفرقعة وتشعر اليد بالقفز ومتى شعر بحركة الرد يستحسن خلع الورك ثانية ثم ردها وعلى قدر ما تكون فرقعة الدخول واضحة على قدر ذلك يكون الحق حسناً ويضبط الكرمة جيداً والعكس بالعكس

ويجب بعد الرد تثبيت الطرف في اوضاع متتابعة تساعد الكرمة على البقاء في مكانها التشريحي الحسن وبما انه لا يكفي ان تعاد الكرمة الى مقرها ليتم الشفاء بل يجب الانتظار ريثما تنمو الكرمة والحق ، يستنتج ان الآفة ليست انخلاع مفصل بسيطاً بل انها تشوه فيه

ويثبت الطرف المدة الضرورية في جهاز جبسي فيصنع الجهاز الاول في وضعة الرد (وضعة الضفدع المقتولة) اي بانعطاف الفخذ على الحوض انعطافاً يقرب من الزاوية القائمة وبتبعيدها تبعيداً دقيقاً يقرب من ٩٠ ايضاً والركبة مستندة تقريباً الى المنضدة ويجب في الممارسة ان يكون الخط الافقي المار بالركبة اقرب من رأس الطفل مما هو عليه الخط الافقي المار بالشوكين الحرقفين العلويين وتبقى الساق منعطفة زاوية قائمة على الفخذ والقدم مستندة الى المنضدة بحافتها الوحشية ويرفع الطفل في هذا الوضع وهو مرتد جرزياً (jersey) ويوضع على مسند الحوض (pelvi-support) ويصنع الجهاز الجبسي بربط او بربط وجبائر بحسب ارادة المجبر .

ولا يرفع الولد عن مسند الحوض ولا يوقظ قبل جفاف الجبس . ويوضح الرسم الكهربي في هذه الوضعة الاولى ان نقطة المشاشة العظمية قد رجعت الى محلها الطبيعي اي تحت خط النقطتين النيرتين المار بقعري الحقين وان ذروة الزاوية المؤلفة من عنق عظم الفخذ وجسمه اصبحت في الاسفل وتعدّ الوضعة حسنة متى كان محور العنق عموداً على منتصف مدخل الحق وربما يُشاهد في الايام التالية للرد ورم دموي كبير او وذمة متسعة في رجا المقربات ويمتد هذا الارتشاح في الغالب الى الاعضاء التناسلية فيجب ألاّ يهلع الوالدان لهذا الامر .

وهذه الوضعة تمكن :

١ً — شريعة دلباش من ان تحقق (ان العظم ينمو بسرعة حيث يكون غضروف النقطتين في المفصل بعيداً عن الانضغاط الغريزي ويتأخر نموه حيث يكون الضغط عنيفاً) فرجا حوية الحق البعيد عن كل ضغط ينمو بسهولة ولكن لا بد من ان تمر بضع سنوات كي يكتمل الترمم التشريحي .

٢ — والربط وقسم المحفظة الخلفي المتموج والوسيع من ان تنكمش ليس فقط من جراء

الرد بل من العمل الحيوي الناجم من ارتشاح الدم الذي احدثته حركات الرد ويجب ان تكون مدة هذا التثبيت الاول طويلة ثم يتلوها زمن ثان في اوضاع مختلفة دالة على الاتجاه الى الحالة الطبيعية ومدة هذا الوضع الثاني تابعة لمدة الوضع الاول فانهما تكونان عادة متساويتين غير انه اذا كانت المثابرة طويلاً على الوضع الاولى واجبة فيجوز ان تكون مدة الوضع الثاني اقصر .

وهذه الاوقات تختلف

١ً — باختلاف الحس الذي شعر به في اثناء الرد : فاذا قفزت الكرمة قفزاً صريحاً الى الحق واحدثت فرقعة واضحة جاز انقاص المدة (٤ اشهر لكل وضعة) واما اذا دخلت الكرمة الحق ببطء وخرجت منه بسهولة فيجب تطويل المدة (ستة اشهر لكل وضع)

٢ً — على قدر استرخاء المحفظة المفصلية : فلا يجوز الانتقال من الوضع الاول الى الثاني الا بعد ان تصبح الورك متيبسة ويعرف ذلك بقطع الجبس من فوق الركبة وترك الجهاز موضعه فتسقط الساق من تلقاء نفسها اذا كان الحق متسعاً والكرمة حرة فيه فيجب حينئذٍ ان يثبت شهراً آخر في هذا الوضع

٣ً — باختلاف سن الطفل فاذا كان المفصل ثابتاً بعض الثبوت منذ البدء يجب لطفل

عمره ٤ سنوات : ٤ اشهر في الوضعة الاولى و ٤ اشهر في الوضعة الثانية
» ٣ » : ٥ » » و ٥ » »
» ٢ سنة : ٦ » » و ٦ » »

وعلى قدر ما يكون الاولاد صغاراً على قدر ذلك يكون التعظم سريعاً

واذا كان الرد اقل وضوحاً والكرمة مستندة استناداً سيئاً الى ما بقي من حافة الحق يجب لطفل

عمره ٤ سنوات : ٦ اشهر في الوضعة الاولى و ٦ اشهر في الوضعة الثانية
» ٢—٣ » : ٨ » » و ٦ » »

والزمن الثاني هو زمن الرجوع المتمادي الى تمديد الطرف مع دوران انسي .

وبعد ان ينزع الجهاز الجبسي الاول وبعد تحضير طويل كتمسيد عضلات الفخذ الامامية

واللفافة العريضة المنكمشة لتسترخي استرخاء بطيئاً بدون ان تنفك المتاشة او يكسر جسم العظم ، يوضع الطفل في الوضعة الثانية : انعطاف بالدرجة ٧٠ ايضاً مع دوران انسي وهذا الدوران الانسي يدخل الكرمة في الحق ويحدث استرخاء وتثنياً في قسم المحفظة الامامي الذي ينكمش بدوره كما انكمش القسم الخلفي .

ويستدعي الزمن الثاني عادة بعد مرور ٣ اشهر وضعة جديدة مع انعطاف وتبعيد قليلين جداً ومع دوران انسي شديد ويثبت هذا الوضع في الجبس زهاء ٣ اشهر

وثلاثة اجهزة من الجبس كافية في الغالب وقد يكتفى باثنين فقط ويجب ان يبدل الوضع ببطء وبرفق زائد فعلى اليد ان تكتنف الفخذ فوق اللقمتين وتقومها مباشرة ولا تمس الساق التي تتبع الفخذ من تلقاء نفسها لانه يخشى من كسر عظم الفخذ فوق اللقمتين كيف لا والعظم المثبت طويلاً في الجهاز الجبسي قد فقد مواده الكلسية

والزمن الثالث هو زمن استعادة الورك لوظيفتها استعادة تدريجية ويستغرق شهرين الى سنة بحسب الحالات و٤ اشهر هي المدة الوسطى : يحرك الطرف اولاً تحريكاً منفعلاً وقد لا يكفي هذا فيستعان حينئذ بالتمديد والتمسيد زهاء ٤ — ٨ اسابيع ثم يترك الطفل يحرك في سريره ويبدأ بتمشيته بطريقة الكرسي وليعلم ان هؤلاء الاولاد يمشون مشية سيئة زهاء ستة اشهر فعلى الطبيب ان ينبه الوالدين لهذا الامر . ثم تظهر رويداً نقاط التعظم في حافة الحق العليا ولا يحدد المشي ولا يسمح بالرياضة المتعبة الا بعد ظهور التعظم في سطح الحق . ويشير دوقروكه (Ducroquet) باعلاء حذاء الطرف السليم لان انحناء الحوض المعيض يدفع الكرمة المردودة عالياً الى مقر الحق اكثر من دفعه لها الى الحافة العليا ويستحسن ان يراقب المريض مراقبة طبية خلال السنتين المقبلتين فيشاهد اولاً كل شهرين ثم كل ثلاثة اشهر ثم مرتين في السنة الثانية فقد تنزلق الكرمة قليلاً الى العالي او على سطح الحق فتتعرض للانخلاع ثانية فيجب حينئذ ارجاع الطرف الى الوضعة الاولى نصف مدة الوضعة الماضية ويراقب الطفل مراقبة دقيقة متى بدأ يمشي ثانية .

التنائج : جميع الاطفال المعالجين ما بين الشهر الثامن عشر والسنتين والنصف يشفون تمام الشفاء اذا عولجوا معالجة حسنة والشفاء في هذه الحالات وظيفي (اي مشية لا عيب فيها) وتشريحي (اي ان الجهة المخلوعة لا تعرف بعد انقضاء سنتين على الرد) ويستمر

هذا الشفاء حتى في الشكل المزدوج والنتائج التشريحية اقل حسناً ما بين السنتين والنصف والسنوات الخمس في الشكل المزدوج وسبع سنوات في الشكل المفرد والنتائج الوظيفية ايضاً ليست ثابتة ولكنها حسنة بمعدل ٨٠ ٪ من الحالات واقل منها في الشكل المزدوج. ومتى تجاوزت المدة هذا الحد تصبح النتائج غير محققة لانه يظهر نكس يستدعي الرد ثانية والضبط وينتهي الامر اخيراً بتيبس المفصل وكثيراً مما يفضي التيبس الى القسط (ankylose) وهذه الحالة افضل من الورك المخلوعة .

والنتائج الاولية الحسنة قد تفضي الى حالة وخيمة اثر حدوث التهاب المفصل الجاف وفي زمن البلوغ وبعد التعب والحمل فان الورك التي ردت في الطفولة قد تصاب اصابة باكرة بالتهاب المفصل الشيخوخي وقد ذكرنا آنفاً ان كل ورك منخلعة انخلاعاً ولادياً اذا لم ترد تصبح بعد مرور ١٥ سنة عليها آفة عقاماً لا سبيل الى ردها ونذكر من الانخلاعات الثابتة .

١ً — الانخلاعات التي استحال ردها لكون الحق القديم قد امتلأ او لان الانسجة الرخوة قد انكمشت انكماشاً شديداً او لان المحفظة قد اختنقت كالمرملة

٢ً — الانخلاعات التي استطيع ردها غير انها لم تثبت . وجميع الانخلاعات التي لم تشفها جميع وسائل المعالجة شفاءً تاماً .

يتعب هؤلاء المرضى بسرعة ويعرجون ويتألمون لالتهاب مفصلهم الجديد فيأتون مستشفين فلا بدّ من تخفيف آلامهم : ان اضطراباتهم ناجمة من غيبة مستند الكرمة الى الحوض او من ضعفه فيجب ان نوجد سطاماً يمنع الكرمة عن التزحلق ولدينا وسائط تجبيرية ملطفة باستعمال زنار جلد مسكوب توضع فيه وسادات على المدور فيستعاض عن مستند فوق الكرمة بمستند فوق المدور. وقد جربوا ايضاً ان يخففوا عن الورك بحمل ثقل الجسم على الارض مباشرةً بجهاز تجبيري متحرك يستند فرع منه الى عظم الورك . وجميع هذه الوسائط لا تجدي نفعاً وقد نبذت تماماً. اما الآن فجميع الوسائط الملطفة اصبحت جراحية ويلجأ اليها ايس اصلاحاً للعرج بل تجنباً للالم ويجرى هذا التوسط خارج المفصل ويكون بسيطاً ما امكن لئلا يزيد الحالة خطراً

والعملية الاكثر نفعاً تقوم باحداث مستند عظمي فوق سطح الحق. وهي العملية التي عينها لنس (Lance) ورسم طريقة اجرائها .

وامامنا حالتان : فاما ان يكون الانخلاع سهل الرد غير انه لا يستطاع ضبطه او ان الانخلاع يستحيل رده .

فاذا كان الرد ممكناً يثبت الطرف في وضعة لورنز الاولى فتسقط الكرمة الى القسم الاسفل من الحق ويصبح رجا السطح حراً فيستطاع فصله وخفضه . فتوصلاً الى هذا يقطع مصراع عظمي بمقراض العظم فوق السطح ويقلب على الكرمة ويسد الثقب الواقع بين المصراع وعظم الحرقفة بطعم دولاجنيار (Delagenière) العظمي المستخرج من الظنبوب (tibia) والحق المنخفض الذي أبقاه الطعم في وضعه يثبت الكرمة ثم يجعل المريض في هذه الوضعة في جهاز جبسي ويسمح له بالمشي بعد شهرين والنتيجة حسنة وثابتة والألم وعلامة تراندلنبورغ يزولان

اما اذا تعذر الرد فيكون الانخلاع اما سفلياً امامياً مستنداً الى الشوك الحرقفي الامامي السفلي وصعوبة الرد ناجمة من التشوهات بالخاصة لان المحفظة المفصلية المتكثفة والمتضيقة تحول دون ادخال الكرمة في الحق فينشأ مستند عظمي فوق الكرمة والعملية تختلف قليلاً عن تلك التي تجرى لانشاء سطح الحق . يجزع العظم الحرقفي فقط في العالي اي على ٤ سم من الكرمة على ان يوجه المقراض محاذياً للحفرة الحرقفية ويقلب مصراع عظمي كما هو الى ما فوق الكرمة بشكل قبة عليها وسمحاق العظم الى الاسفل وبما ان العملية خارج المفصل لا يخشى من القسط . ولا انكر ان فائدة هذه العمليات اقلّ مما لو كان ادخال الكرمة في الحق ممكناً ومع ذلك فانها حسنة في الغالب : يزول الالم ويتحمل المريض التعب اكثر من ذي قبل وينقص قصر الطرف ويستطاع لبس حذاء عال لان الكرمة اصبحت مستندة بعد الآن .

او ان يكون الانخلاع علوياً وخلفياً في الحفرة الحرقفية الظاهرة مع قصر كبير ٦ — ٨ سم فلا يستطاع رد خلع كهذا لان تمديد الطرف حتى الرد يحدث تخريبات خطرة لا تقتصر على اقتلاعها للعضلات فقط بل تشمل الشرايين والاعصاب ايضاً فيجب والحالة هذه ابدال الخلع الخلفي بخلع امامي بالوسائل غير الجراحية او الجراحية ثم ينشأ مستند للكرمة كما ذكرنا في الحالات السابقة وقد يجنى بعض الفائدة من الآلات الجارّة الممدة التي تستند الى الحوض في العالي والمدور في الاسفل ومن شأنها مط العضلات واما

و الانخلاعات الخلفية التي يكون فيها ابدال الخلع مستحيلًا او خطراً فيلجأ الى صنع مستند لعظم الفخذ في الحوض بخزع العظم تحت المدور

خزع العظم تجاه الحق المنسوب الى فروليخ (Frœlich)

خزع العظم السفلي الوركي (ischiatique)

خزع العظم وشقه المنسوب الى لورنز (Lorenz)

وجميع هذه التوسطات تنشىء بالقنزعة التي تحدثها مستنداً عظمياً في الحق او في عظم الورك وتُصلح التقريب وتبدل اتجاه القطعة السفلى اي الكرمة التي تجد لها حينئذ مستنداً تستند اليه

ويمكننا كل خزع عظمي من انقاص الدوران الانسي بالتبعيد ومن اصلاح طول الطرفين إما بتمديد العظم المصاب او بتقصير الطرف الطويل ويُفضل المريض على الخزع عادة استعمال الحذاء العالي وقد كانت من جميع هذه الطرق الجراحية نتائج حسنة .

❁ ❁ ❁

مداواة قرحة المعدة والاثنا عشري بالهستيدين

ترجمة العليم يوسف حاتم

ان تحويل مجرى الامعاء الطبيعي في الكلاب اي وصل الاثناعشري بقطعة اللفائفي (iléon) السفلى مباشرة يحدث دنفاً مترقياً وسريعاً مفضياً الى الموت في خلال اربعة او خمسة اسابيع وفقر دم شبيهاً بفقر الدم الحاصل من قلة التغذية وآفات نزفية في الاثنا عشري واللفائفي تضمّر الغشاء المخاطي اولاً ثم تحدث فيه قرحات شبيهة بقروح الاثنا عشري في الانسان

ولكن اذا حقنت لحمة هذه الكلاب المعدة للتجربة بسنتمتر مكعب من محلول الهيستيدين (Hystidine) بنسبة ٤ ./· وقف الدنف والضعف وطالت حياة الحيوان وظلت حالته العامة حسنة وكان فقر دمه خفيفاً وظل غشاء اثني عشريه المخاطي كثيفاً ومزدهراً وضخماً وخالياً من القرحات واذا كانت القروح قد اعترته قبل الحقن فانها تشفى .

فحدوث هذه القروح بتحويل محتويات الاثنا عشري للفائفي الانتهائي يعلل : ١ً — بالحموضة الاصطناعية المتكونة في قطعة المعدة الانتهائية ٢ً — بنقص رجوع عصارة الاثنا عشري الى المعدة (منعكس بوليدراف) واخيراً بغيبة المخاط الواقي بحسب نظرية لريش . وغير نكير ان مفرزات الكبد والمعثكلة (البنكرياس) والاثنا عشري تفقد القسم الكبير من فعلها الهاضم اذا ما وصلت الى جوار الاعور فيتشوش التطور المعدني وتعلل

به نظرية سانشه مارتينه ويضطرب تحلل المواد الهيولينية بحسب نظرية ويس واميل أرون

ان فعل الخمائر الحالة للمواد الهيولينية في قطعة اللفائفي الانتهائية ضعيف جداً وهضم نظائر الآح ناقص لانه لا يفضي الى تكون حوامض امينية يستدعي تكونها مرور المواد المغذية في المعى جميعه

والحوامض الامينية لازمة لتغذية الغشاء المخاطي في انبوب الهضم وتجديده كما ان نقصانها بحسب نظرية ويس وارون يحدث القرحات في الكلاب المختبر بها فاستعمال بعض انواع هذه الحوامض وافضلها الهيستيدين يمنع القرحات عن التكون ويندب ما تكوّن منها ويتلافى ضمور جدار الامعاء معيضاً عنه بالضخامة ويمنع فقر الدم والدنف التاليين لوصل الاثنا عشري باللفائفي .

فلا تنشأ قرحات الكلب الاختبارية من نقص المخاط ولا من القلوية ولا من منعكس بولديراف ولا من اضطرابات الدوران والاعصاب بل من نقص الحوامض الامينية التي تقي الغشاء المخاطي فعل عصارة المعدة الهاضم.

فقرحة المعدة والاثنا عشري في الانسان اذا اقررنا بصحة هذه الاختبارات ليست مرضاً بل ظاهرة موضعة لتشوش التطور (métabolisme) العام او بعبارة اخرى نتيجة لنقص الحوامض الامينية او بالاحرى لنقص الهيستيدين

فلا عجب اذا ما عولجت قرحة المعدة بالهيستيدين واول من استعمله فيها ويس وارون في السنة ١٩٣٣ بعد ان بينا : ان للهيستيدين عملاً مجدداً اساسياً في ترميم خلايا الغشاء المخاطي في انبوب الهضم وخاصة واقية بازاء

العصارات الحامضة البيسينية فيحق له والحالة هذه ان يكون الدواء النوعي لغشاء الهضم المخاطي المريض .

استعمل فيدال فارنندار كاتب هذا المقال محلول كلور مائية الهيستيدين في حباب مشتملة كل منها على ٥ سم٣ واسمها لاروستيدين (larostidine) وحقن اللحمة او العضلات به خال من العوارض فهو لم يصادف اقل عارضة تستحق الذكر سوى بعض الالم الموضعي الذي يعقب اي حقنة كانت وهو ذو علاقة بالشخص وحالته النفسية والعضوية اكثر من علاقته بالعلاج نفسه

ولا يسبب الحقن الوريدي تفاعلاً يذكر ولكنه احدث مرة واحدة صدمة قوية شبيهة بالصدمة التي تسببها الهيولينيات الامر الذي اضطره الى نبذه بتاتاً واختيار الطريق تحت الجلد الذي يغني عنه ويعادله بفائدته اما طرز المداواة فلا يتبدل : يحقن بامبول لروستيدين يومياً (٥ سم٣ من محلول كلور مائية الهيستيدين بنسبة ٤ ٪) طيلة ٢٠ — ٢٥ يوماً متتابعة اي زهاء ٢١ حقنة او ما يساوي ٤ غرامات هيستيدين . ثم تعطى فترة بضعة اسابيع الى بضعة اشهر وتصنع سلسلة حقن ثانية ففترة اطول من الفترة الاولى . وقد تصنع سلسلة ثالثة بعد الثانية بثمانية الى عشرة ايام .

ولم يستعمل المؤلف دواء آخر متمماً قط واهمل ايضاً البزموت والقلويات ولكنه استعان بالاتروبين لتسكين تشنج البواب في حادثة او اثنتين فقط واشار بالحمية اللبنية المطلقة على قليل من المرضى بضعة ايام فقط في الاشكال النزفية .

اما في الاشكال الاخرى فالنظام الغذائي واسع : قليل من اللبن ومختلف

انواع الدقيق وبطاطا مشوية او مسلوقة وسمك ابيض مسلوق ولحم مشوي او مدقوق ، ومدقوق الحبوب واثمار غير حامضة وبسكوت وقليل من الخبز.

ولم يجبر على الراحة في السرير الا المرضى النازفون اما الباقون فكانوا يعيشون عيشة هادئة في المستشفى ويتنزهون في الحديقة والاروقة .

اما النتائج الآتية للمداواة فكانت: اشتدت الاعراض المعدية الاثناعشرية اولاً في معظم المرضى الاربعة والعشرين بعد الحقن بالهيستيدين مباشرة ولكنها لم تشتد في المرضى الستة عشر الآخرين وقد عزي هذا الاشتداد الى التفاعلات الموضعية التي احدثها الهيستيدين على القرحة .

وقد لازمت الآلام ستة مرضى منهم طيلة سلسلة الحقن جميعها ولكنها آلام محتملة . واثنان فقط رفضا اتمام الحقن لشدة الآلام وتركا المستشفى ولم يعلم ما حلّ بهما بعدئذٍ وظهر التحسن في المرضى الستة عشر الذين تحملوا المعالجة منذ الحقنة الرابعة او الخامسة واستمرّ حتى النهاية وازداد وزن جميعهم ويسهل تعليل هذا الامر لانهم كانوا يتناولون غذاء كافياً ويعيشون عيشة هادئة .

وكانت الاقياء تضطر المؤلف احياناً الى استعمال الاتروبين ولا سيما متى تشنج البواب وظهر ركود وانحباس .

وكان عسر الهضم اكثر استعصاء من الالم . وكان أحد المرضى يتناول بدون علم الاطباء والممرضين قليلًا من ثاني فحمات الصوده لتخفيف الاحتراقات والحموضة ولعلّ ما قاله ارون صحيح وهو ان الهيستيدين يفعل في القرحة ولا يفعل في التهاب المعدة المرافق .

ولا يفعل الهيستيدين في ازدياد الحموضة فائدة تذكر وقد خفّ في حادثة واحدة بعد بضع حقن ولكنه لم يتغير في معظم الحوادث وقيمة H كانت تزداد في البعض فيستنتج من هذا انه لا علاقة بين ازدياد الحموضة والسير السريري فبينا الحموضة كانت تزداد في بعض المرضى وكانت اعراضهم السريرية تخف كانت تنقص في آخرين وهم لا يزالون يتألمون وكانت الاعراض الشعاعية تخف في معظم المرضى وتأخر انفراغ المعدة يتحسن فيهم.

واما صلابة الجدار في جوار القرحة فلم تكن تتبدل بسهولة خلافاً للعش الذي كان ينقص نقصاً محسوساً ولا يزول بتاتاً واذا اقتصرنا على العلامات الشخصية فقط تمكنا من قسمة النتائج المستحصلة في مرضى عولجوا طيلة ٢٠ — ٢٥ يوماً، وهي مدة الشطر الاول من المداواة، الى: جيدة ووسطى وسيئة. ونعني بالجيدة زوال الآلام بتاتاً وازدياد الوزن وانقطاع النزف الخفي وهذا ما نستطيع تسميته بالشفاء السريري ونعني بالوسطى تحسن الاعراض فقط مع بقاء بعض الاضطرابات وسيئة خيبة المداواة التامة

وارقام الاحصاء الذي وضعه المؤلف هي:

نتائج جيدة = ١٦ حادثة اي ٦٦،٦٦ ٪

« وسطى = ٦ حوادث اي ٢٥ ٪

« سيئة = حادثتان اي ٨،٣٣ ٪

فيستنتج ان الهيستيدين ناجع في ٦٦ ٪ من المرضى المبتلين بقرحة معدية ومخفف للألم ومحسن للحالة العامة والوزن. وهو لا يبدل مفرزات المعدة ولا يفعل الا قليلاً في الآفات التشريحية التي تستطيع الاشعة معرفة ماهيتها

فهو علاج جديد في مداواة القرحة لا بدّ من استعماله .

ولكن متى يحق لنا القول ان القرحة قد شفيت .

اننا اذا نطقنا بكلمة الشفاء لمجرد زوال الانزعاجات نكون قد خالفنا العلم فان لقرحة المعدة اطواراً حادة تتخللها ادوار هدوء قد تظل عدة اشهر او عدة سنوات فزوال الالم لا يعني الشفاء ومعناه فقط ان القرحة دخلت في طور السكون واذا لم نفرق بين الهدوء والشفاء كانت نتائجنا مغلوطاً فيها وكذّبنا المستقبل .

وليس لتعديل حموضة المعدة اقل قيمة فبعض القرحات يرافقها ازدياد الكلورية وقد تزداد الكلورية ولا تظهر القرحة وقد تشفى القرحة والكلورية مزدادة وقد لا تشفى مع ان كلورية المعدة تكون قدعادت الى حدها الطبيعي او نقصت عنه .

ولا يصح الاعتماد ايضاً على الفحص الشعاعي فان هناك عشوشاً كاذبة وعشوشاً حقيقية وعشوشاً تبقى ظاهرة حتى بعد شفاء القرحة كما ان من القرحات ما يظل سائراً سيره ولو زال العش وفي المعدة وذمات حول القرحة والتهابات مضافة وتشنجات تتمثل كالمشوش وتزول بسرعة بزوال هذه الحالات فلا يدل زوالها ان القرحة قد شفيت شفاء تاماً .

والخلاصة قد تبدو حالات عديدة متعاكسة : شفاء سريري بدون شفاء شعاعي او عكس الامر وهذه الحالات قد تكون ثابتة او موقتة فعلى الطبيب ان ينتبه لهذه الامور لئلا يظن ان القرحة قد شفيت بعد تحسن الاعراض السريرية او زوال العلامات الشعاعية مع ان الشفاء لم يقع .

قلنا ان الهيستدين يفعل فعلاً حسناً في نوب القرحة الحادة فما هو مستقبل المرضى الذين شفوا شفاء ظاهراً ؟

ان اصدار حكم كهذا مبتسر فلا بدّ من اتباع هؤلاء المرضى سنين عديدة لان شفاء الاعراض وحده طيلة هذه المدة الطويلة يجيز لنا القول ان الشفاء قد وقع .

عالج المؤلف ٢٤ مريضاً بالهيستيدين غير ان اثنين منهم قطعا المداواة وتركا المستوصف لانهما لم يشعرا باقل تحسن فيكون عدد المرضى الذين اكملت معالجتهم ٢٢ فهؤلاء بعد مراقبتهم يومياً ظهر له ان ١٦ منهم شفوا شفاء سريرياً والستة الآخرين تحسنوا ولم تفارقهم انزعاجاتهم .

واعيدت المداواة لهؤلاء الستة بعد السلسلة الاولى بشهرين الى ثلاثة اشهر فزالت اعراضهم تماماً في السلسلة الثانية المشتملة على ٢١ حقنة واما الاثنان الآخران فلم يستفيدا وتركا المعالجة .

فيستنتج ان ١٦ مريضاً شفوا بسلسلة واحدة واربعة بسلسلتين بفاصلة شهرين او ثلاثة اشهر غير ان ثلاثة من الذين غادروا العيادة بعد ان شفوا شفاء سريرياً ظاهراً نكس مرضهم وعاودتهم نوب حادة مشابهة لنوبهم السابقة . واما الباقون فنهم من لا تزال احوالهم جيـدة . ومنهم من جهلنا احوالهم تماماً .

ان حماة الهيستيدين يرتأون باعادة الحقن لاتقاء النكس وبعضهم يجسر على النطق بالشفاء مع ان المدة التي مرت على المعالجة لا تتجاوز السنتين اما المؤلف فانه يرى ان الانتظار بضع سنوات واجب ريثما تنشر مئات من المشاهدات

ليضع الحكم بفعل الهيستيدين الشافي أو خيبته وهو يلخص ملاحظاته الحاضرة بما يأتي :

ان للهيستيدين في مداواة القرحة فعلًا قد يكون عجيباً في ازالة الآلام وان لم يكن هذا الفعل ثابتاً او اكيداً واما الشفاء التام فندع امره الى وقت آخر ولا بدّ من الحكمة في اطراء نتائج الهيستيدين او غيره من الادوية التي توصف يومياً لان التحسن قد يكون سببه الدواء او هجمة المرض المعتادة .

والمستقبل وحده كفيل بجلاء هذا الغموض لان التحسنات المشاهدة تابعة لشفاء الدور الحاد الذي لا يدل على شفاء المرض .

❀❀❀

سموم الافاعي في فن المداواة

ان استعمال السموم في معالجة الامراض البشرية قديم العهد. فقد ذكر اورتيكوني في الجزء السادس من الصحافة الطبية سنة ١٩٣٤ ان الهنود كانوا يستعملون هذا السم وكان السحرة والمشعوذون في الاجيال المتوسطة يستعملون ايضاً سموم الثعابين او بالاحرى يدخلون النحل والعقارب والافاعي في استحضار مشروباتهم السحرية العجيبة . وذكر لابارنادي بهذه المناسبة في الصحافة الطبية الجزء الرابع من سنة ١٩٣٤ خرافة قديمه في كتاب ألفه الاب لابات موضوعه « السياحة في اسبانية وايطالية »

ذكر في هذا الكتاب المؤلف في السنة ١٧٣٠ ان كانت في ضواحي سيفيتا - - فاشيا مغارة تدعى « مغارة الثعابين » كان ينقل اليها المجذومون المحتضرون ويتركون فيها مدة من الزمن . فكانت تأتي الافاعي فتدخل الصغيرة منها فوهاتهم الطبيعية « الانف والاذنين والخ » وتلحس المتوسطة منها قروحهم وتقلّب الكبيرة منها المريض المدنف الذي لا يستطيع حراكاً وكانوا ينقلون المحتضرين بعد هذه الاقامة القليلة فيها واذا بقروحهم قد اندملت اندمالاً تاماً ويسقونهم مسهلًا فيشفون شفاءً تاماً .

فاذا لم تكن هذه الرواية صحيحة برمتها فهي دليل على ان الحيوانات السامة كانت مستعملة في فن المداواة .

ثم ان جلود الثعابين شاع استعمالها في تحضير المشروبات والمراهم حتى الثورة الفرنسية واعتقد القوم في ذلك الزمن ان سم النحل ناجع في عدد من الآلام المستعصية .

واخيراً رفع يتول تقريره الى مجمع العلوم الطبية الفرنسي في السنة ١٩١٣ مبيناً فيه الخواص المضادة للاورام التي تتصف بها معطنات رؤوس الثعابين

وقد ذكر دودال في الزمن نفسه كما يظهر فعل الاجسام الشحمية التي يشتمل عليها جلد الافعى اذا ما حقنت بها اللحمة، وحقنها غير مؤلم، في ادرار البول ومكافحة الآلام العصبية والوذمات وفقر الدم وتحسين الحالة العامة في المصابين بالسرطان ونشر خمسين مشاهدة مؤيداً بها رأيه

ولم يقف المختبرون عند هذا الحد بل انهم تابعوا اختباراتهم والبسوها حلة علمية قشيبة وعللوا فعل السموم تعليلاً علمياً وعينوا مقاديرها ودرسوا فعلها الفريزي درساً حيوياً دقيقاً ورسموا طرز اجرائها حتى هان على الممارس استعمالها ولم يبقَ عليه الا معرفة الاستطبابات ومضادات الاستطبابات فقط والمقادير المستعملة في كل حادثة معالجة بها .

قد عرف منذ اعمال دولازين ولودب وفورنو ان السم الذي تفرزه غدد بعض الحيوانات الخاصة كالثعابين والعقارب والعنكبوت او بعض الحشرات كالنحل والزنابير والخ هو خميرة تفعل في الفوسفاتيد والليسيتين والنوكلائين الخلوية . وتكون هذه الخميرة متى لامست هذه المواد مادة حالّة لليسيتين ومتى كان مقدارها كافياً حلت الخلايا والكريات البيض والخ .

ويظهر ان سم الناشر (الكوبرا) ، وهو افعل السموم واقواها ، متى لامس الخلايا السرطانية حلها وحرر على وكس نوى الخلايا مواد مؤذية للخلايا مباشرة .

١ً — سم الناشر (الكوبرا) والسرطان الاختباري في الفئران

يقول رافينا ان هذا العمل كان أس الاعمال الاختبارية الحديثة التي قام بها عدد من المختبرين ولاسيما فقيد العلم كالمت الذي استخدم في بدء اختباراته لقاحاً مجففاً مستحضراً في مستوصف باستور في سايغون .

واليكم مختصر اعماله :

انه طعم في اختباراته الاولى ست فئران بسرطان غدي فماتت منها اثنتان في اليوم الثامن والعشرين والثلاثين وهما اللتان لم تعالجا ،

واثنتان اخريان عولجتا منذ اليوم السابع عشر بحقن سم الناشر بعيداً عن الورم فماتتا في اليوم الرابع والثلاثين والخامس والاربعين .

والاثنتان الاخيرتان حقن الورم نفسه فيهما بالسم فخف حجمه غير انهما ماتتا بعفونة ثانوية . ثم ان كالمت ومعاونيه سرطنوا ست فئران اخرى فماتت ثلاث منها في اليوم الخامس والثلاثين والاربعين وهي التي لم تعالج .

وعولجت الثلاث الاخرى بحقن الورم نفسه بالسم فماتت واحدة بعفونة ثانوية منذ بدء المعالجة وغار الورم بسرعة في الاثنتين الاخريين بدون ان يتقرح وزاد وزنهما .

فلا ينكر والحالة هذه ان لسم الناشر فعلاً شافياً لسرطان الفأرة الغدي

٢َ — السمّ في مداواة الانسان : يعود الفضل الى مونالاسر من نيويورك

في ادخال هذه المعالجة في الطب البشري . لاحظ هذا الطبيب ان احد المجذومين تحسنت تشوشاته العصبية وآلامه بعد ان لسعته رتيلاء صدفة ففكر في استعمال هذا السم في آلام المصابين بالسرطان .

فأمّ باريس واتقن طرز هذه المعالجة في مستوصف باستور ونشر مع تاغه اعماله الشهيرة عن معالجة الآلام السرطانية بسم الناشر (مجمع العلوم الطبية ٨ كانون الاول سنة ١٩٣٣) وقد قدم الاستاذ غوسه عنهما الى محفى العلوم الطبية مشاهدات ١١٥ مريضاً عولجوا بهذه الطريقة .

وفي شباط سنة ١٩٣٣ رفع كالمت وتلامذته الى محفى العلوم نتائج اختباراتهم عن فعل السم في سرطان الفئران

ثم توالت النشريات والتقارير الحديثة فعينت مقادير سم الناشر واستطباباته بدقة

واخيراً جاء الاستاذ بارن من نانسي في « مجلة الشرق الطبية » وفاروا في مجلة « السباق الطبي » فذكرا معلومات ثمينة عن سم النحل وطريقة استعماله في الطب البشري واعادا الى فن المداواة الحاضر طريقة قديمة اكل الدهر عليها وشرب .

فالامر الذي يهمنا في هذا البحث هو اختيار السم اولاً ومقداره ثانياً .

أ — اختيار السم: يظهر ان للسموم جميعها تأثيراً في الالم غير ان هذا التأثير يتفاوت فعله بالنسبة الى تفاوت الخاصة السامة للاعصاب في السموم . وقد اجرى مونالاسر الاختبارات الاولى بسم خفيف السمية فكانت النتائج متوسطة وكان يبدو دائماً ورم دموي في مكان الحقنة . ثم استعمل سم الناشر

(الـكوبرا) الذي يتصف بكونه شديد السمية للاعصاب فاخذ منه اولاً محلولاً غلسرينيـاً ثم محلولاً نسبته ١ — ٨٠٠٠٠ معايراً بوحـدة فارة (unité-souris) وهذا ما اقره اكثر المختبرين .

ب — المقادير : يشار بالبدء بخمس وحدات فأرة ويرفع هذا المقدار بحسب تفاعل الاشخاص الى ١٠ — ١٥ — ٢٠ وحدة فأرة .

وتصنع الحقنة في لحمة الحفرة فوق الشوك او في الناحية الدالية او الفخذ او الالية . وهي غير مؤلمة اذا كان المقدار قليلاً ومتى زيد المقدار احدثت ألماً موقتاً .

وتـكرر الحقن كل ٣ او ٥ او ١٠ ايام ومتى كانت الآفة السرطانية سهلة المنال يستحسن الحقن حول الورم . ولا ما يمنع استعمال المعالجات الاخرى المقوية والشعاعية . ولـكن اللقاحات والادوية اليودية وحدها تزعج فعل الذيفان السمي .

ج — العوارض : لاحظ لانيال لافستين وكوراسيوس بعض الرعافات والتشوشات البصلية الخفيفة . واشارا باشراك بعض الادوية لمكافحة هـذه العوارض الثانوية .

وذكر غيرهما من المؤلفين مشاهدتي مريضتين اصيبتا بعوارض مميتة بعد المعالجة بالسم . المريضة الاولى كانت مصابة بسرطان الثدي فعولجت بحقن الليبيودول وحقن سم الناشر فماتت في اليوم الثالث .

وقد تولاها اضطراب وهذيان . وينسب المؤلفون هذه العوارض الى اشراك اليود وسم الناشر وهذا ما يجب تحاشيه والامتناع عنه . والمريضة

الثانية كانت مصابة بسرطان ناكس فتولاها بعد حقنة واحدة من سم الناشر قوامها خمس وحدات فأرة اضطراب وهذيان وماتت في اليوم السادس باعراض ازدياد بولة الدم وارتفاع الحرارة .

ان هاتين الحادثتين وان كانت امثالهما نادرة تدعوانا الى التحفظ في استعمال هذه المعالجة .

د — استطبابات سم الناشر في المعالجة :

١ً — السرطان : ان سم الناشر كثير الاستعمال في السرطان ويستفاد منه لمعالجة الآلام العصبية السرطانية او الورم نفسه .

وقد اجمعت الآراء والاحصاءآت على ان فعله عجيب في الآلام العصبية فانه بعد ان ينبه الالم تنبيهاً موقتاً وقصيراً يخففه ويمحوه عدة ايام فاذا ما صنعت منه حقن متفرقة غابت الآلام بتاتاً . وقد استغني عن حقن المورفين في حادثات كثيرة باستعمال سم الناشر وكانت قبله ضربة لازب. غير ان السم كما ذكر الاستاذ ديولافه امام جمعية الجراحة في تولوز مخفف للالام وليس شافياً لها . ومهما يكن فان فعله عجيب حتى ان الطبيب الممارس قد لا يستطيع الاستغناء عنه .

ونذكر بهذه المناسبة بعض المشاهدات : فان مريض مونالاسر وتاتجه كان مصاباً بورم اللوزة العفلي مع شلل وجهي فلم تفد الاشعة فيه اقل فائدة فحقن بسم الناشر فزالت الآلام بتاتاً وخف الورم وسهل البلع ومات المريض بعد سنتين ليس من آفته نفسها بل في عقب استئصال الموثة (البروستات)

ونستطيع ان نأتي على ذكر عدة حوادث مأخوذة من احصاء

هذين المؤلفين المشتمل على ١١٥ مشاهدة حيث خابت الاشعة والراديوم وخفت الآلام وزالت بعد استعمال سم الناشر .

وكان التحسن يبدو بعد الحقنة الخامسة او السادسة ولا سيما الآلام التي كانت تبدو في سياق سرطانات الموثة او العمود الفقاري او الفرج .

٢ً — الآلام الاخرى : بما ان سم الناشر قد افاد فائدة كبيرة في تخفيف آلام السرطان العصبية حق للمؤلفين ان يجربوا فعله في الآلام الاخرى وقد نبه كالمت الى هذا الامر وفعل السم المخدر موضعي ايضاً متى وضع على الجلد او الاغشية المخاطية فقد عنّ لاحد مساعدي تاغه ان يختبر تأثيره في نفسه فوضع قليلاً منه في فمه فتخدر نصف لسانه وشفتاه .

٣ً — الحالات الصرعية : عنّ لكالمت ان يختبر فعل سم الناشر في معالجة الحالات الصرعية فاستعمل اولاً سماً خفيف السمية فلم تكن منه فائدة تذكر ويشير رافينا باعادة هذه الاختبارات واستعمال سمّ اشدّ سميـة للاعصاب فتكون منه على ما يعتقد فائدة محققة .

٤ً — سم الناشر في النزوف : جنى باك وغولدبرجر فوائد حسنة من سم الناشر في معالجة النزوف الرحمية ولعلّ فعله فيها شبيه بفعله في معالجة ارتفاع الضغط الشرياني .

٥ً — سم الناشر في معالجة الضغط الشرياني : ان لهذه الخاصة التي يتصف بها سم الناشر قيمة كبيرة . ان فعل هذا السم الخافض للتوتر معروف منـذ مدة طويلة غير ان استعماله في مداواة ارتفاع الضغط الشرياني حديث العهد .

يعتقد برازيل ان سم الناشر يفعل في دوران الدم بقوته الحالة للخلايا

بالهيولين اي بحله بطانة العروق . غير ان هذا التعليل ليس ما يثبته او ينفيه وقد علل غيره من المؤلفين خفض السم للتوتر بتعليلات اخرى نضرب عنها صفحاً لانها لا تخرج عن دائرة الفرضيات .

وقد كانت نتائج الاختبارات في الحيوانات متضاربة .فان باشلا ارتفع التوتر في حيوانات مخبره بعد حقنها بسم الناشر بيد ان هوسه وناغرات انخفض التوتر في حيواناتهما بعد ٢٠ — ٤٠ دقيقة وقلت الكريات البيض ونقصت المتانة الكروية في دمائها .

اما في الانسان فقد ثبت لفارن وكوراسيوس ان الشخص السليم يخفض توتره اذا ما استعملت مقادير قليلة من السم ويبطىء نبضه وتنقبض حدقته . واذا كان الشخص مرتفعاً توتره انخفض ضغطه واستمر الانخفاض . وقد يخفض الضغط في اشخاص لم يخضع ارتفاع ضغطهم للمعالجات الاخرى .

ويجوز الحقن بمقادير قليلة من سم الناشر كل خمسة عشر يوماً وقد يرافق انخفاض الضغط تبدل عضوي وتحسن محسوس في الشرايين الملتهبة المتصلبة .

. . . .

ان الاعمال المديدة التي قام بها عدد من المختبرين في بلدان كثيرة تدل على اهتمام العالم الطبي بهذا النوع الجديد من المعالجة ولكن اذا استثنينا آلام السرطان العصبية التي ثبت فعل سم الناشر فيها، ويجوز للمارس منذ الآن استعماله فيها، كان علينا ان نتريث باستعماله في الحالات الاخرى التي ذكرناها ولنعلم منذ الان ان سم الناشر كما انه افاد في الآلام السرطانية ، مفيد ايضاً في الآلام الاخرى المستعصية ولكن المستقبل سيجلو لنا طرز استعماله فيها .

م . خ .

معالجة جديدة للحمى التيفية

اختبر كوانغ الطبيب الداخلي السابق في مستشفيات باريس واستاذ السريريات الطبية في معهد الطب في شنغاي طريقة جديدة في معالجة الحمى التيفية فنجحت نجاحاً يدعو الى الارتياح وقد نشر طريقته في الجزء الرابع عشر من مجلة جامعة شنغاي الطبية فرأينا فائدة في اقتضاب خلاصتها لما فيها من الفائدة .

ان الصين ميدان فسيح للبحث في الحمى التيفية التي تكثر حوادثها فيها وقد شاهد الاستاذ كوانغ ومعاونوه في السنة الماضية وافدة منها تفوقت فيها الاشكال الاختلاجية الوهنية وانتهى معظمها بموت المصابين كما استدل من الاحصاءات التي نشرتها المستشفيات ومصلحة الصحة والاسعاف في شنغاي وضواحيها .

فعمد الاستاذ كوانغ ومعاونوه سونغ تساي بو وكوكينغ الى درس هذه الحمى درساً دقيقاً موجهين انظارهم بالخاصة الى تشخيصها ومعالجتها . وجربوا الطرق الحديثة في المعالجة: الاستلقاح (vaccinothérapie) والمعالجة الكيمياوية وملتهم الجراثيم، والحراجة الاصطناعية، والحقن بفوق منغنات البوتاس الشرجية فلم تجن من هذه المعالجات التي أشركت معها مقويات القلب ومطهرات الامعاء والمطهرات العامة الا نتائج متوسطة .

اجرى هؤلاء المؤلفون سلسلة من التحريات في تشخيص الحمى فلم تفد تحرياتهم الفوائد المنتظرة في التشخيص ولكنها اوحت اليهم طريقة جديدة في المعالجة . وقوام هـذه التحربات مقابلة نتائج التراص المصلي باستخدام مصل الدم مرة والمصل المجموع من فقاعة محدثة اصطناعياً بحراقة مرة اخرى . فبين لهم هذا الدرس ان التشخيص المصلي مستطاع الاجراء بمصل الفقاعة وان درجة التراص متساوية أستعمل مصل الدم او مصل الفقاعة وان نتائج الطريقتين الجابية في سياق المرض . فليس لهذه الطريقة والحالة هـذه اقل رجحان على مصل الدم اذا كان التشخيص رائدنا غير ان امراً واحداً لفت انظار المختبرين وهو انخفاض منحني الحرارة في اليوم الثاني من تكون الفقاعة درجة او اكثر ثم عودة الحمى الى الارتفاع في اليوم الثالث .

وبعد ان تذكر المؤلفون ما كان للحراقات من الشأن في الطب القديم وما جناه تينال منها في معالجة الصرع بحقنه مرضاه بمصل الفقاعات قرروا التعمق في البحث .

وبما ان وضع حراقات عديدة ومتتابعة على المريض نفسه مستصعب فكروا في جمع مصل هذه الفقاعات الطاهر في حباب(ampoules) وحقن ادمة المريض بها يومياً . فكانت النتائج التي جنوها من اختباراتهم الاولى عجيبة .

فان الحمى كانت تنخفض منذ اليوم الثاني للحقن انخفاضاً فجائياً غير عائدة الى الصعود في الايام التالية . وكانت الاعراض الاخرى الخطرة المرافقة للحمى تحسن تحسناً محسوسا والعرق يبلل جسد المريض .

وكانت الحمى تنخفض انخفاضاً تدريجياً في بعض الحادثات . وهي لم تكن

لتنخفض مطلقاً قبل هذه الحقن .

واما الفقاعة فكان كوانغ يحدثها بمرهم منفط فيه : مسحوق الذباب الهندي ومسحوق البلادونا وزوفى (لانولين) وفازلين. تمد طبقة رقيقة منه كثافتها ملمتران على رفادة مساحتها بضعة سنتمترات مربعة وتوضع على الناحية القلبية في منتصف الليل فتتكون الفقاعة في الساعة السادسة فيستنشق المصل الطاهر ويحفظ في حباب معقمة وتصنع للمريض حقنة منه في لحمته يومياً او كل يومين .

وليس لهذه المعالجة اقل محذور فان الفقاعة لا تتقيح ولا تترك الا ندبة صغيرة لا تكاد ترى .

ويعتقد المؤلفون ان المصل يفعل فعل الاستمصال او الاستدماء الذاتي (autosérothérapie ou autohémothérapie) غير ان فعله في هذه الحالة نوعي واشد

وهم يقترحون في التحريات المقبلة ثلاث غايات : اولاً استعمال طريقتهم في امراض اخرى (الامراض الانتانية ، التهابات الرئة الحادة، تعفنات الدم، امراض الجلد بالتحسس) ثانياً ان يحفظوا مصل فقاعات المرضى الذين ابلوا من دائهم وان يعالجوا سواهم به وثالثاً ان يلقحوا الحيوانات بمزروعات مخففة من العصيات التيفية ويستحضروا مصلاً من فقاعات هذه الحيوانات .

وستنشر في مجلة جامعة شنغاي نتائج هذه الاختبارات المقبلة .

م . خ .

❀❀❀

وراثة الصفات المكتسبة

بقلم

العليم شوكت موفق الشطي استاذ علمي النسج والتشريح المرضي

يزعم لامرك واتباعه ان النطفة التي يتولد منها المخلوق تحمل عناصر من جميع اجزاء سلفه فاذا تعرضت تلك الاجزاء لنقصان او زيادة غيرت صفاته وبدلت بناءه واكسبته صفات جديدة تنتقل بالارث ويرون في بعض التجارب المجراة في الآونة الاخيرة ما يثبت مدعاهم فقد عني عالم اميركي في تربية اليرابيع في دولاب كبير يدور على محوره دوراناً سريعاً وقد ظل على ذلك حيناً من الزمان واليرابيع تدور مع الدولاب دوران الرحى حتى استحكمت فيها عادة الدوران . ثم اوقف الدولاب عن الحركة فاذا هي لا تزال تدور وقد توالدت بعد ذلك فجاء اعقابها يدورون فورثت شيئاً مما اكتسبه اسلافها من عادة الدوران. ومن هذا القبيل ما جاء عن العالم بافلوف (Pavlow) الفزيولوجي الروسي الشهير الذي سعى الى تعليم اليرابيع قبول الطعام متى قرعت لها اجراس فكان لا يلقي لها شيئاً من الطعام الا بعد ان تقرع الاجراس كأن يدعوها بذلك الى الطعام فلم تفقه معنى هذه الدعوة الا بعد ان قرع لها الجرس ثلاث مئة قرعة وقد فعل ذلك في اعقابها بعد ان فرق بينها فتنبه العقب الاول بمئة والثاني في ثلاثين والثالث في خمس

مرات وذلك غاية ما وصل اليه رغماً عما بذله من الجهد في تنبيهها بأقل من هذا القدر .

ومن انصار القائلين بانتقال بعض الصفات المكتسبة المعتدلين الاستاذ مرشد بك خاطر . وقد نشر في المجلة الطبية العلمية التي تصدر في بيروت وفي كتابه اصلاح النسل ما يستدل منه على ان بعض الصفات المكتسبة تنتقل بالوراثة واننا نقتطف في ما يلي نتفاً من ابحاثه :

قال الزميل الفاضل الصفات نوعان مكتسبة وغير مكتسبة . اما الثانية فالآراء مجمعة على انتقالها بالوراثة واما الاولى فالمؤلفون في صددها فئتان فئة تقول بانتقالها وفئة تنكر ذلك ولم تتمكن احدى الفئتين حتى الآن من دحض حجة الفئة الاخرى .

ويرى الاستاذ مرشد بك ان الصفات المكتسبة على نوعين نوع ينشأ من طارىء طرأ فلا ينتقل بالوراثة ونوع آخر يتم فيه تبدل وظيفي فينتقل بالوراثة ومثال برون سكوار خير ما يقدم على هذا الأمر فلو قطعنا العصب الوركي في قبعة لأصيبت بالصرع فاذا زاوجنا ذلك الحيوان أتت اجراؤه مصابة بالصرع .

ويعتقد ديبار بانتقال الصفات المكتسبة وهذا ما جعله يقول ان كل شخص يورث ابناءه صفاته الخاصة ويورث معها بعض الخواص الثنوية التي اكتسبها طول حياته وان الموتى يحكمون الاحياء .

فانتقال الصفات المكتسبة في النظام الفسيولوجي ولا سيما في النظام المرضي راهن ولا شك فيه ولا يجب ان يفسر انتقال الصفات المكتسبة

وراثة بان يكون ولد الموسيقي موسيقياً او ولد العالم عالماً بفطرته فلا يورث الأب العالم ابنه العلم المكتسب ولكنه يورثه دماغاً ميالاً الى اكتساب العلم بسهولة وبعكس ذلك المولود الذي يلده والدان قضيا حياتهما بالأعمال اليدوية ويورث الشاعر والموسيقي ابناءهما وظيفة دماغ نما فيه الميل الى الالحان والشعر واما انتقال المرض او الاستعداد له فامر مختلف فيه فان من الاطباء من يقرّ به ومنهم من ينفونه .

يقول روجه (Roger) حين بحثه في وراثة الصفات المكتسبة ان كل مرض يؤثر في الخلايا التتوج فيشوش غذاءها ينتقل بالوراثة اياً كان مقره وكل مرض يوقع تشوشاً في الوظيفة ينتقل ايضاً وفي هاتين الحالتين لا يكون المرض نفسه قد انتقل وانما التشوش الغذائي في الحالة الاولى واختلال الوظيفة في الحالة الثانية .

وينتقل في الامراض الحرضية الاختلال الغذائي من الآباء الى الابناء لا المرض نفسه فاذا ربي الولد تربية خاصة منظمة قاوم ذلك الاختلال الغذائي الموروث ونجا الابن من الوقوع في هذه الادواء واصلحت التربية الاستعداد الذي ورثه الطفل وكثيراً ما يبدو السل كرض وراثي ولكن لا ينتقل فيه المرض نفسه بل الاستعداد له فلا يولد الولد مسلولاً ولكنه يرث من ابويه استعداداً للسل اي يخلق الولد وقد ورث تشوشاً غذائياً يجعل اعضاء كثيرة ولا سيما الرئتين اقل مقاومة لعصيات كوخ . وقد جاء في قاموس العلوم وتطبيقاتها ما ينير ذلك قليلًا :

ان التعفنات التي تصيب الآباء تطبع في خلايا الأبناء تغذية خاصة وتعيدها

اقل مقاومة بازاء العوامل المرضية ولهذا كان الابناء الذين يولدون من آباء مسلولين ذوي رئات ضعيفة عن القيام بوظائفها تمكن عصيات كوخ متى دخلتها من ان تنمو فيها نمواً سريعاً وتحدث فيها آفات سلبية وكذلك ابناء المصابين بالأمراض القلبية والكبدية والكلوية هم اكثر قبولاً لأمراض القلب والكبد والكلى

تلك هي بعض البراهين التي تقدمها الفئة القائلة بوراثة الصفات المكتسبة على ان مناهضيهم لا يرون رأيهم ويدعون ان وراثة المكتسب لو كانت صحيحة لكان من يفقد عضواً من اعضائه يلد اولاداً مفقودي ذلك العضو ولكانت الكلاب المبتورة الاذناب المصلومة الآذان تلد اجراء مبتورة اذنابها مصلومة آذانها وليس الأمر كذلك فلم يرَ قط ان رجلا قطعت يده او بترت رجله ولد اولاداً مقطوعة ايديهم مبتورة ارجلهم ولا من جدع انفه او صلمت اذنه ولد اولاداً مجذوعةً انوفهم مصلومة آذانهم وفي الختان عند اهل الختان ما يصح بان يُتخذ دليلًا على صحة هذا القول فقد مرَّ عليهم حين من الدهر وهم لا يزالون في حاجة الى الختن فلو صحَّ القول بوراثة المكتسب لما احتاجوا بعد الى الختان . وقد عني بعض ممن يقولون بوراثة المكتسب في بتر اذناب بعض الحيوانات رجاء ان يثبتوا شيئاً مما يذهبون اليه فعادوا بالخيبة .

وتفسر هذه الفئة من المؤلفين نتائج تجارب باولوف وغيره من العلماء الذين وفقوا الى جعل اعقاب اليرابيع تدور دوران الرحى او تنتبه الى الطعام بعد قرع الاجراس لها بان ذلك من قبيل الائتمام والتحدي وانه لا يصح ان يتخذ

برهاناً على انتقال الصفات المكتسبة اذ لا يخفى ان صغار الحيوانات تحدى كبارها فلا تنتفض الرنقاء(١) الا انتفض افراخها ولا تزبأر ام شماخ(٢) الا ازبأر جراؤها ويرون ابن العالم او الاديب قد يكون عالماً او اديباً لا لأنه ورث شيئاً من علم ابيه او ادبه بل مما اكتسبه من الوسط الذي يعيش فيه اذ لا يبصر ابن العالم نور هذا الوجود الا وهو بين الكتب والمجلات ولا يستفيق الا على احاديث العلم والفلسفة فلا غرو اذا ابدع في العلم ولا بدع اذا اغرب في الأدب ولو قيست عقلية ابن العالم بعقلية غيره لما وجد بينهما فرق يذكر .

وخلاصة رأي هذه الفئة هو ان ما يعرض للجسم مما ليس من طبيعته لا يورث وما لا يورث لا يثبت وما لا يثبت لا يتنوع

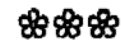
على ان المتشيعين لهذه الفكرة لا ينكرون وراثة الاستعداد

فلو قارنا بين براهين الفئتين وآرائهم لرأينا ان شقة الخلاف ليست واسعة بينهما فبينما يقر الآخرون انتقال الاستعداد المرضي وراثة يعتقد الاولون ان كثيراً من الصفات المكتسبة لا تورث . وقد اتضح لنا من تقصي هذا البحث ان بعض المؤلفين حشروا في زمرة الصفات المكتسبة التبدلات التي تبدو في عضو اثر رض او بتر او عارض والتي لا تصطحب بتغيير دائم في تطور الهيولى العام او الخاص. ان مثل هذه الصفات لا تورث فلم يشاهد ان الأبوين الذي استؤصلت الزائدة منهما انتجا ذرية لا اثر للذيل الدودي فيها كما ان اهل الختان ما زالت الغلفة موجودة في احفادهم والواقع انه من

(١) الحاضنة من الطير او القرقة (٢) كنية الهرة

الخطإ عدّ الحالات المذكورة صفات وراثية مكتسبة لانها عارضة ولا شأن لها في تبديل التطور الهيولي والاصح على رأينا ان يقصد من الصفة الوراثية المكتسبة الصفة التي تظهر في الجسم من جراء بعض المؤثرات الحيوية الحديثة فيه والتي تدعو الى تبديل دائم او مديد في التطور الهيولي العام او الخاص او فيهما معاً .

وصفوة القول ان الصفات المكتسبة الناتجة من رض او بتر او ما شا كل لا تورث مطلقاً واما الصفات المكتسبة الناتجة من تبدل في التطور الهيولي الطبيعي الكيمياوي فيمكنها ان تنتقل الى الاعقاب .



قيمة علامة فالاز في السل الرئوي

ان كثيرات النوى المثلثة الفصوص هي في ام الدم العادي اكثر من كثيرات النوى المزدوجة الفصوص فاذا ما انقلبت هذه النسبة كانت علامة فالاز وقيمتها كبيرة فانها كانت ايجابية في احصاء جاروانديني ٣٧ مرة من ٤٠ مريضاً مصابين بسل رئوي واما الثلاثة الآخرون الذين لم تبدُ فيهم هذه العلامة فكان سلهم هادئاً .

وقد لاحظ جاروانديني ان هذه العلامة لا تتبدل بالمعالجة (السلين ، المقويات ، المواد الكلسية) ولا بالنظام الغذائي بيد ان الابرة الهوائية تمحوها بسرعة .

اختبار عملي في تشخيص السرطان الباكر

ان هذا الإختبار الذي ندين به لكوباكزوفسكي يستند الى تجمد المصل بحامض اللبن .

وقد انتبه المختبر الى هذا الامر بعد ان رأى ان حامض اللبن تكثر نسبته في دماء المسرطنين وفي النسج السرطانية وبعد ان تحقق حصول بعض المواد الهلامية في بعض الانواع السرطانية . فعنّ له ان يختبر ما اذا كان المصل لا يتجمد بسرعة في المسرطنين .

فكانت نتائج التحريات الاولى ان المصل يسرع في التجمد وبعد ان تابع المختبر اختباراته قدم تقريراً الى مجمع العلوم مشتملاً على ٢٠٠ مشاهدة فيها انواع مختلفة من السرطان مثبتاً بها اكتشافه فان هذا التجمد كان ايجابياً بما يعادل ٩٠ ./. من الحادثات فيستطاع والحالة هذه الشك في سرطان كامن اذا ماقسم زمن التجمد في الدم السليم على زمن التجمد في الدم المختبر به وهذا المشعر تابع لشدة الورم ويرتفع من ١ (في المصل السليم) الى ٨٠ (في السرطانات المستولية).

وازدياد التجمد باكر جداً فقد صادف المؤلف اوراماً لم يكن مرّ على ظهورها اكثر من ثلاثة اسابيع كان الاختبار فيها ايجابياً وصريحاً.

وسهولة هذا الاختبار الحديث تمكن كل طبيب من اجرائها دون ما حاجة الى المخبر: يبزل الوريد وتجمع منه بضعة سنتمترات مكعبة ويفصل المصل منها ثم يؤخذ سنتمتر منه ويضاف اليه عشر السنتمتر من حامض اللبن و يعين الزمن الذي يستطاع به قلب الانبوب بدون ان ينصب ما فيه فلا يتجاوز زمن التجمد في حالات السرطان الصريح الساعة الواحدة وفي حرارة ٢٠ مئوية.

م. خ.

❀ ❀ ❀

حنين بن اسحق العبادي

«٣»

تأليف العليم لطفي السعدي ترجمة السيد شكري سري جقي

١ . — ما ترجمه حنين من الكتب غير الطبية (١)

— كتب افلاطون —

(١) كتاب السياسة (٢) (٢) كتاب النواميس(٣) (٣) كتاب طيماوس (٤) .

— كتب ارسطاطاليس

(٤) نقل حنين الى السريانية من كتب ارسطاطاليس المنطقية ما يأتي :

١ — قاطيفورياس اي المقولات

٢ — العبارة

٣ — انالوطيقا ومعناه تحليل القياس

٤ — انالوطيقا الثاني او البرهان (٥)

(٥) كتاب النفس — الى السريانية (٦) (٦) كتاب السماء والعالم — اصلح حنين ترجمة يحي بن البطريق(٧) (٧) كتاب الكون والفساد . الى السريانية . (٨)

(٨) كتاب ما وراء الطبيعة . نقل منه تتفاً الى السريانية (٩) . (٩) كتاب الاخلاق مع تفسيره لفرفوريوس — نقله الى السريانية (١٠). (١٠) جوامع تفسير القدماء اليونانيين لكتاب السماء والعالم — نقله الى السريانية (١١) . (١١) المقالة الثانية من كتاب السماع

---

(١) ان كتباً كثيرة مما ترجمه حنين تعذر على كاتب هذا البحث ان يجد في التواريخ العربية او المؤلفات الغربية اشارة الى اي اللغتين (العربية او السريانية) صار نقلها .

(٢) و (٣) و (٤) و (٥) و (٦) و (٧) و (٨) و (٩) الفهرست لابن النديم الطبعة العربية لمصطفى محمد (القاهرة سنة ١٣٤٨ هـ) ص ٣٤٣ و ٣٤٥ و ٣٥٢ و ٣٥٠

(١٠) تاريخ الحكماء لابن القفطي، الطبعة العربية بمطبعة سعدي (القاهرة سنة ١٣٢٦ هـ) ص ٣١

(١١) عيون الانباء لابن ابي اصيبعة الطبعة العربية لامرىء القيس الطحان (القاهرة سنة ١٨٨٢ ج ١ ص ٢٠٠

الطبيعي — نقلها الى السريانية (١). (١٢) جمل فلسفة ارسطاطاليس لنيقولاوس الدمشقي (٢). (١٣) كتاب النبات المنسوب الى ارسطاطاليس (٣). (١٤) تفسير ثامسطيوس لكتاب النفس لأرسطاطاليس (٤).

— كتب مختلفة —

(١٥) كتاب الاشكال الكرية لمناولاوس (٥) (١٦) مقالة في التنجيم لابلونيوس (٦) (١٧) تتف من كتب اسكندر الافروديسي (٧) (١٨) كتاب الكرة والاسطوانة لأرخميدس (٨) (١٩) كتاب الكرة المتحركة لاوطولوقس (٩) (٢٠) كتاب الايساغوجي لفرفوريوس (١٠) (٢١) كتاب المجسطي لبطليموس (١١) (٢٢) كتاب تفسير الاحلام (خمس مقالات) لأرطاميدورس الافسي (١٢) (٢٣ ترجمة العهد الجديد من اليونانية الى السريانية (١٣).

ما ترجمه حنين من كتب جالينوس الفلسفية (١٤)

(٢٤) كتاب البرهان — نقل الى السريانية من هذا الكتاب التتف التي استطاع

---

(١) يتحدث لوكليرك عن مخطوطة للسماع الطبيعي لارسطاطاليس في مكتبة لايدن ويميل الى نسبة ترجمتها الى حنين بينما لا يسند له في الفهرست سوى ترجمة المقالة الثانية. راجع: Histoire de la Médécine Arabe (Paris 1876) والفهرست ص ٣٥٠ Vol 1 ,P 145 . Par Lucien Leclerc

(٢) يسند لوكليرك ترجمة هذا الكتاب الى حنين اما الفهرست فلم يرد فيه ذكر لحنين في هذا الشأن. تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ والفهرست ص ٣٥٥

(٣) الى (١٢) الفهرست ص ٣٥٥ و ٣٧٤ و ٣٧٣ و ٣٥٤ و ٣٧٢ و ٣٧٥ و ٣٠٧

(١٣) تاريخ الحكماء لابن القفطي ص ٧٠

(١٤) نقل المؤلف عناوين كتب جالينوس التي ترجمها حنين، من مواد عربية الى الانكليزية رأساً وللتثبت من حقيقة هذه الترجمات اجرى المقابلة بين ما ذكره ابن ابي اصيبعة من كتب جالينوس في سيرة حنين وما ذكره من كتب جالينوس في سيرة جالينوس نفسه. ثم قابل هاتين القائمتين بفهرست حنين لكتب جالينوس في «رسالته» التي نشرها

الحصول عليها . (٢٥) كتاب تعريف المرء عيوب نفسه — نقل جزءاً منه الى السريانية (٢٦) كتاب الاخلاق — نقله الى العربية . (٢٧) كتاب دفع الهم — نقله الى السريانية (٢٨) كتاب انتفاع الاخيار باعدائهم — نقله الى السريانية . (٢٩) كتاب ما ذكره افلاطون في كتابه « طيماوس » — نقل كله الى السريانية واجزاءً منه الى العربية . (٣٠) كتاب في ان قوى النفس تابعة لمزاج البدن — نقله الى السريانية (٣١) كتاب في مجموعة كتب افلاطون — نقله الى العربية (٣٢) كتاب المحرك الاول لايتحرك — نقله الى العربية والسريانية . (٣٣) كتاب المدخل الى المنطق — نقله الى السريانية (٣٤) كتاب عدد المقاييس — نقله الى السريانية .

٢ - ما ترجمه حنين من الكتب الطبية

— كتب ابقراط —

(٣٥) كتاب الفصول — نقله الى السريانية (١) (٣٦) كتاب تقدمة المعرفة — نقله

برجشتراسر واما العناوين باللاتينية فهي مقتبسة من «Isis» لمايرهوف .

Bergsträsser,G . ,Hunain ibn Ishaq über die syrischen und arabischen Galen-übersetzungen, Leipzig , 1925,P 1-53

Meyerhof,Max.New Light on Hunain ibn Ishaq and his Period, Isis, (Bruxelles 1926) Vol VIII,p. 690

(١) ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين ترجمة تفسير جالينوس فقط لكتاب الفصول ولكن لوكليرك يرى انه ترجم النص كما وضعه ابقراط . ولا شك في ان هذا صحيح لان حنيناً يذكر في الرسالة بصورة جلية انه نقل الى السريانية تفسير جالينوس لكتاب الفصول باضافة النص الاصلي لابقراط . وفي المتحف البريطاني مخطوطة لهذه المقالة تحت رقم ٥٩١٤ . ونشر جون تايلر (John Tyler) كتاب الفصول بالعربية عام ١٨٨٢ في كلكتا . راجع تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٢٦ وبرجشتراسر ص ٤٠ الخ Hunain ibn Ishaq über die syrischen والخ Hunain ibn Ishak und seine Schule له ايضاً ص ١١ — ١٢

الى العربية (١) (٣٧) كتاب الاوبئة — نقل حنين المقالة الثانية منه الى السريانية والعربية (٢) (٣٨) مقالة في تدبير الامراض الحادة — نقلها الى السريانية (٣) . (٣٩) كتاب الهواء والماء والمساكن نقله الى العربية والسريانية (٤) (٤٠) كتاب طبيعة الانسان

(١) يسند ابن ابي اصيبعة لحنين ترجمة تفسير جالينوس لهذا الكتاب ولكن لوكليرك ينسب له ترجمة النص لابقراط . اما حنين فلم يذكر في «رسالته» النص الاصلي وفي المتحف البريطاني مخطوطة لكتاب تقدمة المعرفة تحت رقم ٥٩١٤ نشرها V. Klamroth عام ١٨٨٢ ل Z. D. M. G. راجع : تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ .
برجشتراسر Hunain ibn Ishaq über die syrischen ص ٤٠
وله ايضاً Hunain ibn Ishaq und seine Schule ص ١١ — ١٢

(٢) ذكر حنين في رسالته انه نقل المقالة الثانية من النص الاصلي لكتاب الاوبئة لابقراط الى السريانية والعربية . وينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين كتابين آخرين في الاوبئة — احدهما جوامع للمقالات الاولى والثانية والثالثة والآخر خلاصة لكل الكتاب وربما كان ذلك تكرار خاطيء . راجع عيون الانباء ج ١ ص ٢٠٠ وبرجشتراسر ص ٤١ — ٤٢ . الخ Hunain ibn Ishaq über die syrischen .

(٣) ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين ترجمة تفاسير جالينوس لكتاب ابقراط في الامراض الحادة فقط بينما يعتقد لوكليرك انه مترجم الكتاب الاصلي . وهذا صحيح دون اي شك لان حنيناً ذكر في « رسالته » انه ترجم تفاسير جالينوس مع النص الاصلي لأبقراط . وفي باريس مخطوطة عربية بالاحرف العبرانية لهذا الكتاب . راجع : ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ . لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ وبرجشتراسر : ص ٤١ الخ Hunein über die Syrischen

(٤) ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين ترجمة تفسير جالينوس لكتاب الاهوية والازمنة والبلدان لابقراط . ثم يذكر له ايضاً ترجمة كتاب الهواء والماء والمساكن لابقراط . يضاف اليهما خلاصته في الاهوية والبلدان ثم فصل في الاهوية والبلدان من تفسير جالينوس لكتاب الفصول . وهذه كلها تجعلنا نعتقد ان ابن ابي اصيبعة قد كرر خطأ عدة عناوين لكتاب واحد . ومع هذا فقد اوضح حنين في رسالته انه ترجم الى السريانية النص الاصلي لكتاب الهواء والماء والمساكن . راجع : ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ وبرجشتراسر : ص ٤٣ . الخ Hunain ibn Ishaq über die syrischen und arabischen

نقله الى العربية [١] (٤١) عهد ابقراط — نقله الى السريانية [٢] . (٤٢) صناعة الطب [٣] (٤٣) كتاب في المولودين لثمانية اشهر [٤] . (٤٤) كتاب القرح — نقله الى

---

(١) لا ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين سوى ترجمة المقالة الثالثة من تفسير جالينوس لهذا الكتاب ولكن لوكليرك يسند له ترجمة النص الاصلي لابقراط . اما « رسالة » حنين فلا تذكر شيئاً عن ترجمة النص الاصلي وذلك عكس ما يدعيه لوكليرك لحنين . راجع ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ وتاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ وبرجشتراسر ص ٤٤ الخ . Hunain ibn Ishaq über die Syrischen und

(٢) ينسب صاحب الفهرست الى حنين ترجمة تفسير جالينوس فقط « للعهد » بينما يعزو اليه لوكليرك ترجمة النص الكامل لابقراط . ولكن « رسالة » حنين لا تذكر شيئاً بشأن نص العهد . الفهرست ج ص ٤٠١ . تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ وبرجشتراسر ص ٤٠ الخ Hunain ibn Ishaq über die syrischen

(٣) ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين ترجمة تفسير جالينوس فقط لهذا الكتاب بينما يعزو اليه لوكليرك النص الاصلي لابقراط . ولا يذكر حنين شيئاً في «رسالته» عن النص الاصلي للكتاب . وفي مكتبة الاسكوريال مخطوطة لمعظم هذا الكتاب. ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ . تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ برجشتراسر ص ٤٣ الخ Hunain ibn Ishaq uber die syrischen

(٤) ينسب كل من ابن ابي اصيبعة ولوكليرك الى حنين ترجمة كتاب ابقراط في المولودين لثمانية اشهر . اما في « رسالته» فلا يذكر حنين ترجمة هذا الكتاب . وقد ذكره ابن ابي اصيبعة من جملة الكتب المزوّرة المنسوبة لابقراط . وهناك كثيرون من القائلين بهذا الرأي . وفي مونيخ مخطوطة لهذا الكتاب. ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ وص ٣٣ تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٤٦ وبرجشتراسر H. ibn Ishaq uber die syrischen ص ٤٣ الخ .

ايضاً فرنسيس آدمس: Genuine Works of Hippocrates ج ١ ص ١٧٨ .

السريانية (١) . (٤٥) كتاب الكسر — نقله الى السريانية (٢) . (٤٦) كتاب الخلع نقله الى السريانية (٣) (٤٧) كتاب الاخلاط — نقله الى السريانية (٤) . (٤٨) كتاب الغذاء — نقله الى السريانية (٥) (٤٩) كتاب في الرياح (٦) .

— كتب جالينوس —

(٥٠) فهرست جالينوس لكتبه الطبية وغير الطبية — نقله حنين الى السريانية والعربية (٥١) كتاب جالينوس في الترتيب الذي تقرأ فيه كتبه — نقله حنين الى العربية . (٥٢) كتاب الفرق — نقله الى العربية (٥٣) كتاب صغير في فن الشفاء نقله الى السريانية والعربية . (٥٤) كتاب الى طوتراس وغيره من المبتدئين في النبض — نقله الى السريانية والعربية . (٥٥) كتاب الى اغلوقن في التأني لشفاء الامراض نقله الى العربية . (٥٦) كتاب العظم — نقله الى السريانية والعربية . (٥٧) كتاب الفصل — نقله الى السريانية (٥٨) كتاب الاعصاب — نقله الى السريانية . (٥٩) كتاب الاوردة — نقله الى السريانية ولخصه في العربية (٦٠) كتاب العناصر الاولية والثانوية على رأي ابقراط — نقله الى السريانية والعربية . (٦١) كتاب المزاج — نقله الى السريانية والعربية (٦٢) كتاب القوى الطبيعية — نقل حنين كله الى السريانية ثم جزءاً منه الى العربية (٦٣) كتاب

---

(١) ذكره حنين في « الرسالة » وبرجشتراسر H.ibn Ishaq uber die syrischen ص ٤١ .

(٢) المصدر السابق عينه ص ٤٠ .

(٣) المصدر السابق عينه ص ٤٠ .

(٤) » » » ص ٤٢ .

(٥) » » » ص ٤٣ .

(٦) ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين تفسيراً لكتاب ابقراط في الرياح . وهذا الكتاب لم يذكره ابن ابي اصيبعة بين الكتب الصحيحة لابقراط بل وضعه من جملة الكتب المزورة . والقائلون بهذا الرأي كثيرون في عصرنا راجع ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ وص ٣٢ وفرنسيس آدمس : ج ١ ص ٥٩ The Genuine Works of Hippocrates

العلل والاعراض — نقله الى السريانية (٦٤) كتاب تعرُّف علل الاعضاء الباطنة — نقله الى السريانية (٦٥) كتاب النبض الكبير — نقل كله الى السريانية والقسم الاول منه الى العربية (٦٦) كتاب الحميات نقله الى السريانية والعربية (٦٧) كتاب البحران — نقله الى العربية (٦٨) كتاب ايام البحران — نقله الى العربية (٦٩) حيلة البرؤ — نقله الى السريانية (٧٠) كتاب التشريح الكبير — نقله حبيش باشراف حنين [١] (٧١) كتاب اختلاف التشريح — نقله الى السريانية (٧٢) كتاب تشريح الحيوان الميت — نقله الى السريانية . (٧٣) كتاب تشريح الحيوان الحي — نقله الى السريانية . (٧٤) كتاب في علم ابقراط بالتشريح — نقله الى السريانية (٧٥) كتاب آراء ارسطراطس في التشريح يرجح انه نُقل الى السريانية بيد حنين (٧٦) كتاب تشريح الرحم — نقله الى السريانية (٧٧) كتاب الفرق بين اعضاء الجسم المتشابهة — نقله الى السريانية (٧٨) كتاب تشريح اعضاء الصوت — نقله الى السريانية وكان يشك في نسبته الى جالينوس . (٧٩) كتاب تشريح العين — لخصه حنين ولكنه شك في نسبته الى جالينوس (٨٠) كتاب حركات

(١) رأى ابن النديم « المتوفى سنة ٩٩٥ م » ترجمة لكتاب التشريح الكبير لجالينوس بيد حبيش . ووافقه على ذلك برجشتراسر الذي درس اسلوب الكتاب وقواعده ولكنه وجد فيه عدة اصلاحات من انشاء حنين واسلوبه . ولا يذكر حنين في رسالته شيئاً عمن ترجم الكتاب الى العربية . والرأي السائد اليوم ان الترجمة تمت بيد حبيش وبمعاونة حنين وقد فُقد النص اليوناني الاصلي لهذا الكتاب ولذلك فعرفتنا به هي بواسطة الترجمة العربية والموجود منه مخطوطتان الواحدة في اوكسفورد والاخرى في الكلية الطبية الملكية بلندن . وقد نشر الاستاذ سيمون عام ١٩٠٦ النصف الثاني من هذا الكتاب بعنوان Sieben Bücher Anatomie des Galen في جلدين بمدينة لايبزيغ . وقد انتقده برجشتراسر لتصرّفه بالنص الاصلي في مواضع عدة وتمنى لو انه تعاون في نشره مع احد المستعربين . الفهرست ص ٤٠٣

و برجشتراسر ص ٢٠ الخ H. ibn Ishaq über die syrischen

وله ايضاً ص ٢٩ و ٥١ H. ibn Ishak und seine Schule

الصدر — اصلح الترجمات السريانية والعربية الموجودة في عهده (٨١) كتاب الصوت — نقله الى العربية (٨٢) كتاب حركة العضل — نقله الى السريانية (٨٣) كتاب الحاجة الى النبض — نقله الى السريانية (٨٤) كتاب الحاجة الى النفس — نقله كله الى السريانية وبعضه الى العربية (٨٥) كتاب الشرايين وفيما اذا كان الدم يجري فيها بالطبيعة — نقله الى السريانية . (٨٦) كتاب قوى الطب المطهر (او التطهيري) نقله الى السريانية . (٨٧) كتاب العادات — نقله الى السريانية (٨٨) كتاب آراء ابقراط وافلاطون نقله الى السريانية «٨٩» كتاب الحركات المجهولة — نقله الى السريانية والعربية «٩٠» كتاب حاسة « عضو» الشم — نقله الى السريانية . «٩١» كتاب منافع الاعضاء — نقله الى السريانية واصلح وا كمل ترجمة منه بالعربية . «٩٢» كتاب افضل الهيئات — نقله الى السريانية والعربية . «٩٣» كتاب خصب البدن — نقله الى السريانية . «٩٤» كتاب سوء المزاج — نقله الى السريانية «٩٥» كتاب الادوية المفردة — نقله الى السريانية . «٩٦» كتاب ادوار «احوال» الادواء — نقله الى السريانية . «٩٧» كتاب الامتلاء — نقله الى السريانية . «٩٨» كتاب الاورام — نقل عنه مجملًا الى السريانية. «٩٩» كتاب في الرعشة والخفقان والقشعريرة — نقله الى السريانية «١٠٠» كتاب اقسام الطب نقل كله الى السريانية وبعضه الى العربية . «١٠١» كتاب المني — نقله الى السريانية والعربية . «١٠٢» كتاب المولود لسبعة اشهر — نقله الى السريانية والعربية . «١٠٣» كتاب المرة السوداء — اختصر ترجمة عربية منه «١٠٤» كتاب دورات الحميات — نقله الى السريانية . «١٠٥» كتاب رداءة التنفس نقله الى العربية واصلح ترجمة سريانية منه . «١٠٦» كتاب صفات الانذار — نقله الى السريانية «١٠٧» كتاب الفصد — نقله الى السريانية . «١٠٨» كتاب الذبول — لخصه بالسريانية وربما نقله كله الى السريانية . «١٠٩» كتاب قوى الاغذية — نقله الى السريانية والعربية ولخصه فيهما . «١١٠» كتاب التدبير الملطف نقله الى السريانية والعربية ولخصه في الاولى . «١١١» كتاب الكيموس — نقله الى السريانية . «١١٢» كتاب تدبير الامراض الحادة برأي ابقراط — نقله الى السريانية والعربية «١١٣» كتاب تركيب الادوية — نقله الى السريانية «١١٤» كتاب الادوية المقابلة للادواء — ساعد حنين في نقله الى السريانية «١١٥» كتاب الترياق الى بمفيليانوس

نقله الى السريانية . «١١٦» كتاب في تدبير الاصحاء نقله الى السريانية «١١٧» كتاب الى تراسابولوس — نقله الى السريانية «١١٨» كتاب الرياضة بالكرة الصغيرة — نقله الى السريانية . «١١٩» تفسير جالينوس لعهد ابقراط — نقله الى السريانية «١٢٠» تفسير جالينوس لكتاب الفصول لابقراط نقله الى العربية واصلح ترجمة قديمة سريانية . «١٢١» تفسير جالينوس لكتاب الكسر لابقراط . نقله الى السريانية . «١٢٢» تفسير جالينوس لكتاب الخلع لابقراط — نقله الى السريانية «١٢٣» تفسير جالينوس لكتاب تقدمة المعرفة لابقراط نقله الى السريانية «١٢٤» تفسير جالينوس لكتاب تدبير الامراض الحادة لابقراط — نقله الى السريانية «١٢٥» تفسير جالينوس لكتاب القرح لابقراط — نقله الى السريانية . «١٢٦» تفسير جالينوس لكتاب جراحات الرأس لابقراط — نقله الى السريانية . «١٢٧» تفسير جالينوس لكتاب الاوبئة لابقراط — نقل بعضه الى العربية والى السريانية «١٢٨» تفسير جالينوس لكتاب الاخلاط لابقراط نقله الى السريانية «١٢٩» تفسير جالينوس لكتاب تذكرة الطبيب لابقراط — نقله الى السريانية ولخصه فيها . «١٣٠» تفسير جالينوس لكتاب الغذاء لابقراط — نقله الى السريانية «١٣١» تفسير جالينوس لكتاب الطبيعة البشرية لابقراط — نقله الى السريانية ولخصه فيها . «١٣٢» كتاب في ان الطبيب الفاضل يجب ان يكون فيلسوفاً — نقله الى السريانية والعربية . «١٣٣» كتاب جالينوس في كتب ابقراط الصحيحة وغير الصحيحة نقله الى السريانية ولخصه فيها . «١٣٤» كتاب النفس برأي اسقليبياديس — نقله الى السريانية . «١٣٥» كتاب الاختبار في الطب — نقله الى السريانية . «١٣٦» كتاب الحث على تعلم الطب — نقله الى السريانية «١٣٧» كتاب محنة الاطباء — نقله الى السريانية والعربية . «١٣٨» كتاب ما يعتقده رأياً — نقله الى السريانية . «١٣٩» كتاب تسمية الاعضاء — نقل اجزاء منه الى السريانية .

— ترجمات طبية مختلفة —

«١٤٠» كتاب حفظ الصحة لروفس «١» . «١٤١» كناش في الطب لبولس

«١» ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين تفسيراً لكتاب حفظ الصحة لروفس . راجع ابن ابي اصيبعة ج١ ص٢٠٠

الاجانيطي «١» . «١٤٢» كتاب اوريباسيوس لابنه اسطات تسع مقالات «٢» «١٤٣» كتاب اوريباسيوس لابيه اونافيس — اربع مقالات «٣» «١٤٤» كتاب السبعين مقالة لاوريباسيوس «٤» «١٤٥» كتاب الحشائش لديوسقوريدس — خمس مقالات «٥» «١٤٦» كتاب الحقن اسورانو «٦» اصلاح حنين ترجمة لهذا الكتاب. «١٤٧» تفسير بلبوس وسورانو لكتاب طبيعة الجنين لابقراط — نقله الى العربية «٧» . «١٤٨» الطب البيطري وجراحته لثيومنستوس «٨» .

٣ — كتب حنين غير الطبية

«١٤٩» كتاب في المنطق «٩» «١٥٠» كتاب في ما يقرأ قبل كتب افلاطون «١٠»

«١» الفهرست لابن النديم ص ٤٠٧

«٢» المصدر السابق عينه ص ٤٠٧

«٣» » » » »

«٤» » » » »

«٥» ينسب الفهرست ترجمة هذا الكتاب الى حنين او حبيش . ومنه نسخة مخطوطة بجامع آيا صوفيا في استانبول . الفهرست ص ٤٠٨ وكتاب المخطوطات العربية لكتبة النصرانية بالمطبعة الكاثوليكية في بيروت سنة ١٩٢٤ ص ٩٣ .

«٦» ترجمه اسطات واصلحه حنين . المصدر السابق عينه ص ٤٠٨ .

«٧» جشتراسر : ص٤٤ الخ Hunain ibn Ishaq über die syrischen .

«٨» لم يذكره الفهرست ولا ابن القفطي او ابن ابي اصيبعة ولكن لوكليرك وجد منه نسخة في باريس تحت رقم ١٠٣٨ Ancien Fonds . راجع تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٥٠ .

«٩» ذكر ابن ابي اصيبعة كتاباً آخر عنوانه مسائل مستخرجة من كتب المنطق الاربعة وربما اراد بذلك ان يشير الى ترجمة حنين لكتاب المنطق Organon لارسطاطاليس ولم يرد ذكر لهذا الكتاب في الفهرست او ابن القفطي .

ابن ابي اصيبعة جزء ١ ص ١٩٩

«١٠» المصدر السابق عينه ج ١ ص ٢٠٠ .

«١٥١» مسائل مقدمة لايساغوجي فرفوريوس «[١]» . «١٥٢» كتاب القاطيفورياس على رأي ثامسطيوس«[٢]» . «١٥٣» كتاب في خلق الانسان وان من مصلحته والتفضل عليه جعل محتاجاً «[٣]» «١٥٤» كتاب نوادر الفلاسفة والحكماء وآداب المعلمين القدماء «[٤]» «١٥٥» كتاب في افعال الشمس والقمر «[٥]» «١٥٦» كتاب في المد والجزر «[٦]» «١٥٧» مقالة في قوس قزح «[٧]» «١٥٨» مقالة في السبب الذي من اجله صارت مياه البحر مالحة «[٨]» «١٥٩» كتاب في خواص الاحجار «[٩]» «١٦٠» مقالة في تولد النار بين الحجرين«[١٠]» «١٦١» مسائل في اللغة العربيـة «[١١]» «١٦٢» كتاب الزينة «[١٢]» «١٦٣» تفسير كتاب الفراسة لارسطاطاليس «[١٣]» «١٦٤» رسالة في ما اصابه من المحن والشدائد «[١٤]» «١٦٥» كتاب الفوائد «[١٥]» «١٦٦» كتاب تاريخ العالم والمبدأ وملوك اسرائيل واليونان والرومان وظهور الاسلام والخلافة الاموية والعباسية الى الوقت الذي

«١» ان رواة ابن ابي اصيبعة عن هذا الكتاب تجعل قارءها يستنتج للوهلة الاولى انه « اي ابن ابي اصيبعة » هو نفسه كتب مقدمة له لشرح نصه . وليس من المستبعد ان تكون مجرد ترجمة لايساغوجي فرفوريوس كما قال لوكليرك وان في استعماله كلمة «مسائل» مرة و « ثمار » في مناسبة اخرى تضليل للباحث يجعله يعتقد ان حنيناً قام بقسط من ترجمة الكتاب . وفيما عدا هذا لم يذكر الفهرست او القفطي شيئاً عن هـذا الكتاب . راجع ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠

«٢» الفهرست ص ٤١٠

«٣» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ .

«٤» منه نسخة مخطوطة في مونيخ رقم ٦٥١ . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ لويس شيخو المخطوطات العربية ص ٩٣ .

«٥» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩.

«٦» المصدر ذاته

«٧» و «٨» و «٩» و «١٠» و «١١» و «١٢» و «١٣» و «١٤» و«١٥» المصدر نفسه ج ١ ص ٢٠٠

كان حنين فيه في خلافة المتوكل «[١]» «١٦٧» رسالة في دلالة القدر على التوحيد «[٢]» «١٦٨» كتاب الى علي بن يحيي جواب كتابه في ما دعاه اليه من دين الاسلام «[٣]» «١٦٩» كتاب الآثار العلوية « علم الظواهر الجوية «[٤]» «١٧٠» كتاب في كيفية ادراك الديانة «[٥]» «١٧١» كتاب في النحو على مذاهب اليونانيين «[٦]» . «١٧٢» معجم يوناني «[٧]» «١٧٣» مقالة في المترادفات «[٨]» «١٧٤» كتاب في الفلاحة «[٩]» .

«١» و «٢» و «٣» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠

«٤» ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين كتاباً آخر في الالوان الذي قد يكون ، في رأي مايرهوف ، فصلًا من مقالاته في العين . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ وماكس مايرهوف : Ten Treatises on the Eye القاهرة سنة ١٩٢٨ Ascribed to Hunain ibn Ishaq ص ٣٢ .

«٥» لقد وقع ابن ابي اصيبعة هنا في خطإ التكرار فذكر في ختام قائمته كتاباً آخر عنوانه « ادراك حقيقة الاديان » ومنه نسخة مخطوطة في المكتبة اليسوعية في بيروت نشرها الاب لويس شيخو . وهي على ما يعتقد برجشتراسر غير خالية من الاغلاط .
ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ المخطوطات العربية لـكتبة النصرانية ص ٩٣ .
وبرجشتراسر : ص ١٠ H. ibn Ishak und seine Schule

«٦» يذكر ابن ابي اصيبعة الى جانب كتابي حنين في النحو على مذاهب اليونانيين وفي القواعد العربية ، كتاباً آخر في النحو يرى المؤلف انه من مشتملات احد الـكتابين السابق ذكرها او انه تكرار لاحدها . وقد ذكر سارتون كتاباً في القواعد السريانية عنوانه « Diacritical » اي المميز . فيه بحث في النحو .
ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ — مقدمة لتاريخ العلوم لجورج سارتون (بلتيمور ١٩٢٧) ج ١ ص ٦١١ .

«٧» ذكره مايرهوف عن باومشتارك في كتابه عشر مقالات في العين منسوبة الى حنين بن اسحق لماكس مايرهوف » (القاهرة ١٩٢٨) ص ٢٧ .

«٨» جورج سارتون ج ١ ص ٦١١ .

«٩» في المتحف البريطاني ومكتبة برلين ثلاث نسخ لمخطوطة في الفلاحة نسبها عددمن

٤ — كتب حنين الطبية

«١٧٥» المسائل « في الطب » رسالة ابتدائية على طريقة السؤال والجواب كمدخل لعلم الطب وهذا الكتاب الذي لم يتمه حنين اكمله من بعده حبيش . وعلق عليه كثير من اطباء العرب في عصور تالية «[1]» . «١٧٦» مقدمة لكتاب (Vro Parva) لجالينوس «[2]» «١٧٧» مقالة في الدلائل « اعراض الادواء » «[3]» «١٧٨» كتاب في تشريح اجهزة

المستشرقين الى ابن وحشيه . وقد نقل الطبري فصولاً كثيرة من هذه المخطوطة ظهرت بحروفها في كتابه « فردوس الحكمة » الذي وضعه عام ٨٥٠ م ولا يعقل ان يكون ابن وحشيه واضع هذه المخطوطة لانه كتب كتابه في النبات عام ٩٠٤ م ألا يجوز اذاً ان يكون المؤلف المجهول حنيناً وقد كان معاصراً للطبري ؟ ولا يخلو من فائدة ان يقوم احد المستشرقين بمقابلة اسلوب هذه المخطوطة بالكتب المعروفة لحنين .

م . ز . صدّيقي . « فردوس الحكمة » (برلين ١٩٢٨) ص ١٧ — ١٨) .

«١» منه مخطوطات في برلين (Alwardt 6255) وفي المكتبة البودليانية (I - 594 et 636) وفي المكتبة اليسوعية .

راجع كتاب المخطوطات العربية للاب لويس شيخو ص ٩٣ .

«٢» منه نسخ مخطوطة في مكتبة الاسكوريال رقم ٨٤٨ وفي مكتبة الفاتيكان رقم ٣٤٨ . راجع المخطوطات العربية للاب شيخو ص ٩٣ .

«٣» الاصل العربي لعنوان هذا الكتاب كما اورده ابن ابي اصيبعة هو : « مقالة في الدلائل وصف فيها ابواباً من الدلائل التي يستدل بها على معرفة كل واحد من الامراض» . ولم يذكر الفهرست او القفطي هذا الكتاب . ويظهر لكاتب هذه السطور ان الكتاب قد يكون نفس كتاب جالينوس « في تعرف علل الاعضاء الباطنة » او قسماً منه وقد ذكره حنين في « رسالته » في مؤلفات جالينوس .

ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٧ . وبرجشتراسر :

H. ibn Ishaq über die syrischen etc. ص ١٢

الغذاء «[١]» «١٧٩» كتاب معرفة اوجاع المعدة وعلاجها «[٢]» «١٨٠» كتاب في القرح وتولده «[٣]» «١٨١» كتاب في الحميات «[٤]» «١٨٢» كتاب في النبض «[٥]» «١٨٣» مقالة في الصرع «[٦]» . «١٨٤» مقالة في ضيق النفس «[٧]» «١٨٥» حل بعض شكوك جاسيوس الاسكندري على كتاب الاعضاء الآلة لجالينوس «[٨]» «١٨٦» كتاب في تدبير السوداويين «[٩]» «١٨٧» كتاب حالات الاعضاء «[١٠]» «١٨٨» كتاب في اليبس «[١١]» «١٨٩» كتاب في

«١» ورد ذكر هذا الكتاب في الفهرست وابن القفطي بعنوان اجهزة الغذاء وقد اضاف ابن ابي اصيبعة الى ذلك كلة « تشريح » فاصبح عنوانه «تشريح اجهزة الغذاء» وليس في « رسالة » حنين ذكر لكتاب منفرد لجالينوس بهذا العنوان وقد يكون المقصود به المقالة السادسه من كتاب التشريح الكبير لجالينوس .

ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ والفهرست ج ١ ص ٤١٠

وابن القفطي ص ١١٩ وبرجشتراسر H.ibn Ishaq über die Syrischen ص١٩ .

«٢» منه مخطوطة رقم ٨٤٧ في مكتبة الاسكوريال . راجع المخطوطات العربية للاب شيخو ص ٩٣

«٣» يتفق الفهرست وابن القفطي في اسم هذا الكتاب ولكن ابن ابي اصيبعة اهمل ذكره . الفهرست ج ١ ص ٤١٠ وابن القفطي ص ١٢٠ .

«٤» ذكر ابن ابي اصيبعة هذا الكتاب من جملة كتب حنين نفسه ولكن الفهرست وابن القفطي لم يشيرا اليه . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩

«٥» المصدر السابق ذاته . «٦» ايضاً . «٧» ايضاً .

«٨» مخطوطة تاريخها سنة ٤٢٠ ﻫ في مكتبة حرجس بك صفا «سورية» . المخطوطات العربية للاب شيخو ص ٩٣ ، «٩» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩

«١٠» ورد في « رسالة » حنين ذكر تعريب لكتاب عنوانه « منافع اعضاء او اقسام الجسم » وان الشبه في العنوانين جدير بالاشتباه . وقد ذكر ابن ابي اصيبعه فيا بعد كتاباً في « تسمية الاعضاء على ما رتبها جالينوس » وربما كان هذا ترجمة لكتاب جالينوس في التسمية الطبية الوارد ذكره في هذا المؤلف . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ .

وبرجشتراسر ص٢٧ و ٤٧ Hunain ibn Ishaq über die syrischen etc.

«١١» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ .

في البول «١» «١٩٠» مقالة في تولد الحصاة «٢» . «١٩١» كتاب اسماء الادوية المفردة على حروف المعجم «٣» «١٩٢» كتاب في اسرار الادوية المركبة «٤» . «١٩٣» كتاب في اختيار الادوية المحرقة «٥» «١٩٤» كتاب الترياق «٦» «١٩٥» كتاب الى المعتمد في ما سأله عنه من الفرق بين الغذاء والدواء المسهل «٧» «١٩٦» رسالة قرص الورد الى الطيفوري «٨»

«١» ذكر ابن ابي اصيبعة كتاباً عنوانه « مسائل في البول استخرجها حنين من كتاب الاوبئة لابقراط » . ثم ذكر بعد ذلك كتاباً آخر يختلف عنوانه بعض الاختلاف وهو « كتاب في البول مترجم من كتب ابقراط وجالينوس » . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ .

«٢» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ .

«٣» لم يذكر هذا الكتاب سوى ابن ابي اصيبعة . وقد ذكر بعده كتاباً آخر عنوانه : « تفسير الادوية المكتومة لجالينوس » وفيه شرح لخواص كل واحد منها » وربما كان الاثنان كتاباً واحداً بعينه . والعنوان الاول شبيه بعنوان الادوية المفردة لجالينوس الوارد ذكره في « الرسالة » . ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ و ٢٠٠

وبرجشتراسر ص ٢٩ و٣٠ , H. ibn Ishaq über die syrischen etc

«٤» ذكر ابن ابي اصيبعة كتاباً آخر عنوانه مقالة في التركيب « تركيب الادوية » مما وافقه عليه الفاضلان ابقراط وجالينوس . وقد لا يكون هذان الكتابان سوى « كتاب تركيب الادوية » الذي ترجمه حنين وذكره في «الرسالة »

«٥» ابن ابي اصيبعة ج١ص ٢٠٠

«٦» ينسب كل من ابن ابي اصيبعة وصاحب الفهرست الى حنين كتاباً ذا مقالتين في الترياق . وفي رسالته يذكر حنين ترجمتين في هذا الموضوع . الاولى منهما كان يشك في انه ترجمها في صباه والثانية نقلها الى السريانية ايوب وظن ان ابن البطريق عربها .

ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٨ والفهرست ص ٤١٠ .

برجشتراسر ص ٣٨ و ٣٩ . H . ibn Ishaq über die syrischen etc

«٧» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ .

«٨» المصدر السابق عينه .

«١٩٧» رسالة قرص العود «[١]» «١٩٨» مقالة في ماء البقول «[٢]» «١٩٩» كتاب الادوية بالسريانية «[٣]» . «٢٠٠» كتاب في تغذية الشيوخ «[٤]» بالسريانية «٢٠١» مقالة في حفظ الصحة «[٥]» . «٢٠٢» كتاب دفع مضار الاعذية «[٦]» «٢٠٣» كتاب في حفظ الاسنان «[٧]» . «٢٠٤» كتاب في اللبن «[٨]» «٢٠٥» كتاب في تدبير المستسقين «[٩]» . «٢٠٦» مقالة في تدبير الناقهين «[١٠]» . «٢٠٧» مقالة في الحمام «[١١]» . «٢٠٨» كتاب في مياه الحمات. «[١٢]» . «٢٠٩» رسالة الى سلمويه بن بنان عما سأله من ترجمة مقالة جالينوس

«١» و «٢» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩

«٣» يشك انه من تأليف حنين . Budge, E. A. Wallis, The Syriac Book of Medecine, Ox Ford University Press, 1913. 2vols.

«٤» مايرهوف نقلا عن بومشتارك . مايرهوف ص ٢٧ .

«٥» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠

«٦» نسب ابن ابن اصيبعة الى حنين غير الكتاب المذكور في اعلاه، المؤلفات التالية في الموضوع عينه : خواص الاعذية — طبائع الاغذية وتدبير الابدان— تدبيرالاصحاء بالطعم والمشرب . والعنوان الاول شبيه بعنوان ترجمته لكتاب جالينوس في هذا الموضوع التي لخصها واضاف اليها مقالات لعلماء قدماء في نفس الموضوع . وان التشابه في العناوين يدفع الباحث للاشتباه في وجود خطإ في النسخ او تكرار في ايراد العناوين ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٨ — ٢٠٠ . وبرجشتراسر ص ٣٥ Hunain ibn Ishaq über die syrischen etc.

«٧» ذكر ابن ابي اصيبعة كتاباً في حفظ الاسنان واللثة ويرجح كثيراً انه الكتاب نفسه في حفظ الاسنان. ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ .

«٨» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩

«٩» المصدر ذاته «١٠» ايضاً «١١» ايضاً .

«١٢» لم يرد في الفهرست او ابن القفطي ذكر لهذا الكتاب. اما لوكليرك فقد ذكره بالفرنسية بعنوان Les eaux Pestillances

ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ . ولوكليرك ج ١ ص ١٥٢ .

في العادات «١» . «٢١٠» كتاب في اسرار الفلاسفة في الباه (الجماع) «٢» «٢١١» مقالة في الدغدغة «٣» «٢١٢» مقالة في تولد الفروج بيّن فيها ان تولد الفروج انما هو بياض البيضة واغتذاؤه من المح الذي فيها «٤» «٢١٣» مقالة في الآجال «٥» «٢١٤» كتاب في اختلاف الطعوم «٦» «٢١٥» كتاب امتحان الاطباء «٧» . «٢١٦» مقالة في اعتذاره لجالينوس في ما قاله في المقالة السابعة من كتاب آراء ابقراط وافلاطون «٨». ٢١٧» كتاب في من يولد لثمانية اشهر (٩) . «٢١٨» رسالة من حنين الى علي بن يحيى في ذكر ما ترجم من كتب جالينوس وبعض ما لم يترجم(١٠) . «٢١٩» مقالة في الكتب التي لم يذكرها

«١» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ٢٠٠ .

«٢» ورد ذكره في الفهرست بعنوان كتاب في الباه . الفهرست ج ١ ص ٤١٠

«٣» لم يرد ذكره في الفهرست او ابن القفطي . ومنه نسخة في مكتبة الاسكوريال تاريخ لوكليرك ج ١ ص ١٥٢ .

«٤» ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩

«٥» المصدر السابق ص ٢٠٠ (٦) ايضاً (٧) المصدر السابق ص ١٩٩

«٨» المصدر السابق ص ٢٠٠ .

«٩» المؤرخون في اختلاف على عنوان هذا الكتاب . فابن القفطي اسماه الولادة لستة اشهر كتبه لام المتوكل . وذكره صاحب الفهرست بعنوان كتاب في المولودين لثمانية اشهر كتبه لام المتوكل . وقد ذكر ابن ابي اصيبعة فضلاً عن ذلك مقالة عنوانها ثمار او مختارات مما قاله جالينوس وابقراط في تكوين الجنين . وهو ينسب الى حنين ايضاً ترجمة كتاب المولودين لثمانية اشهر لابقراط . وزيادة على ما تقدم قال حنين في رسالته انه ترجم الى السريانية والعربية كتاب جالينوس في ولادة الجنين لسبعة اشهر .

ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٩ . ابن القفطي ص ١١٩ . الفهرست ج ١ — ٤١٠

برجشتراسر ص ٣٢ . Hunain ibn Ishaq über die syrichen etc

«١٠» منها نسخة محفوظة في مكتبة جامع ايا صوفيا باستانبول رقم ٣٦٣١ وقد نشرها برجشتراسر مع ترجمة المانية بعنوان Hunain ibn Ishaq über die syrischen und arbischen Galen übersetzungen . (Leiqzig 1925)

وقد شرحنا هذه الرسالة شرحاً وافياً في هذا المؤلف . راجع ص ١٠ — ١٤ .

جالينوس في فهرست كتبه . في هذه الرسالة اورد حنين الكتب الصحيحة التي ظهرت بعد ان رتب جالينوس فهرساً لكتبه السابقة (١)(٢٢٠) كتاب في البيطرة(٢)(٢٢١) كتاب العين (عشرة مقالات) .

لا نخطىء اذا افسحنا هنا مجالاً للكلام عن هذا الاخير من كتب حنين اي كتاب العين لان حنيناً كان اول من اختط طريقاً لمن جاء بعده من مؤلفي العرب في هذا الموضوع فقد اربى عدد الكتب التي وضعها اطباء العين من العرب من بعده على الثلاثين وفاقت كتبهم كل ما وضعه اطباء الاغريق وظلت مرجعاً يعوّل عليه الى مستهل القرن الثامن عشر . وليس من شك في ان العرب اول من تخصصوا في طب العيون ومنذ عهد حنين اصبح للقب (الكحال) اي الاخصائي بامراض العيون منزلة كبرى . وفضلاً عن الرسائل الكثيرة الباقية ليومنا هذا والتي كتبها اخصائيون ، نجد اشارات عديدة لمؤرخي العرب لفروع خاصة في المستشفيات العامة بدمشق وبغداد والقاهرة اختصت بمداواة العيون قال احمد عيسى بك في كتابه Histoire des Bimaristans يصف الاقسام المختلفة في تلك المؤسسات : (كان كل من الجناحين بدوره ينقسم الى حجرات كثيرة : واحدة للامراض الداخلية واخرى للجراحة وثالثة لامراض العين ورابعة للمشوهين (٣) .

جمع حنين مادة كتابه من كتب اليونان فوضع بذلك الاساس لطب العيون العربي . وان مقالاته العشر في العين هي اول كتاب مدرسي منسّق في الادب العربي . وقد كتب كل مقالة بمفردها خلال ثلاثين سنة كما ينبئنا ابن ابي اصيبعة : (وفي نسخ هذا الكتاب

---

(١) منها نسخة موجودة في مكتبة ايا صوفيا باستانبول) برجشتراسر Meue Materialien zu Hnnain ibn Ishaq,s Galen-Bibliographie , (Leipzig 1932) p . 84

(٢) يقال انه اول كتاب منسق في الطب البيطري في اللغة العربية ، تاريخ الطب العربي لعيسى اسكندر المعلوف ، المحاضرة الثانية القيت في المجمع العلمي العربي بدمشق طبعة عربية (دمشق ١٩٢٥) ص ٦٣ .

(٣) Issa Bey Ahmed , Histoire des Bimaristans (Hôptiaux) à l' époque islamique Imprimerie Paul Barney , (Le Caire 1928) P . 84

اختلاف كثير وليس مقالاته على نسق واحد فان بعضها مختصر موجز في المعنى الذي هو فيه والبعض الآخر قد طوّل فيه وزاد عما يوجبه تأليف الكتاب . والسبب في ذلك ان كل مقالة منه كتبت بمفردها) ويقول حنين في المقالة الاخيرة : (اني قد كنت ألفت منذ نيف وثلاثين سنة في العين مقالات مفردة نحوت فيها الى اغراض شتى سألني تأليفها قوم بعد قوم . ثم ان حبيشاً سألني ان اجمع له ذلك وهو تسع مقالات واجعله كتاباً واحداً واضيف الى المقالات التسع مقالة اخرى اذكر فيها شرح الحال في الادوية المركبة التي الفها القدماء واثبتوها في كتبهم لعلل العين .) (١)

وقد دلت البحوث التي قام بها الاستاذ يوليوس هرشبرج على ان العشر مقالات في العين (in Liber de Oculis Constantini Africani) التي حفظت لنا في اللاتينية والمنسوبة الى قسطنطين افريقانوس ودمتريوس ليست سوى مقالات حنين العشر واقام برهاناً قاطعاً على ذلك عام ١٩٠٨ الدكتور ماكس مايرهوف عندما كشف عن مخطوطة اصلية في خزانة الكتب الخاصة باحمد تيمور باشا بالقاهرة لمقالات حنين العشر في العين وفيها خمسة رسوم تشريحية . ولكن مما يؤسف له ان آخر المقالة الخامسة وكل السادسة واول السابعة كان مفقوداً في هذه المخطوطة . وكان الاستاذ ا . كراكوفسكي من لينغراد قد ذكر في فهرسته لمجموعة مخطوطات البطريرك غريغورس الرابع الانطاكي مخطوطة اكمل من هذه فاستحصل الدكتور مايرهوف على نسخة من هذه التي كانت بدورها ناقصة . ولاجل اكمال النقص في هاتين المخطوطتين استعان الدكتور مايرهوف بنسخة من الفصل الذي يبحث في العين من كتاب الرازي (الحاوي) الموجود في مكتبة الاسكوريال . لان هذا الفصل فيه مقتبسات من مقالات حنين العشر . فمن المقابلة ما بين المخطوطتين المار ذكرهما ومما التقطه من مقتبسات الرازي عن حنين تمكن الدكتور مايرهوف من ابراز المقالات العشر لحنين بتمامها . فنشرها في الاصل العربي مع ترجمة انكليزية بديعة بشروح . وان كاتب هذه الاسطر مدين للبحوث التي قام بها الدكتور مايرهوف وفيما يلي مواضيع المقالات العشر كما ابرزها مايرهوف :

١ . المقالة الاولى يذكر فيها طبيعة العين وتركيبها .

(١) ابن ابي اصيبعة ج ١ ص ١٩٨

٢ . المقالة الثانية يذكر فيها طبيعة الدماغ ومنافعه .

٣ . المقالة الثالثة يذكر فيها العصب الباصر والروح الباصر وفي نفس الابصار كيف يكون

٤ . المقالة الرابعة يذكر فيها جمل الاشياء التي لا بد منها في حفظ الصحة واختلافها

٥ . المقالة الخامسة يذكر فيها اسباب الاعراض الكائنة في العين .

٦ . المقالة السادسة في علامات الامراض التي تحدث في العين

٧ . المقالة السابعة يذكر فيها قوى جميع الادوية عامة

٨ . المقالة الثامنة يذكر فيها اجناس الادوية للعين خاصةً وانواعها

٩ . المقالة التاسعة يذكر فيها مداواة امراض العين

١٠ . المقالة العاشرة في الادوية المركبة الموافقة لعلل العين.وزيادة على المقالات العشر وجد ابن ابي اصيبعة مقالة حادية عشرة مضافة الى الكتاب ذُكر فيها علاج الامراض التي تعرض في العين بالحديد .

يقول ابن ابي اصيبعة ان (الكتاب في العين على طريق المسئلة والجواب) جمعه حنين لولديه داود واسحق . ولكن الدكتور مايرهوف يميل الى نسبة هذا الكتاب الى احد تلامذة حنين ويفيدنا انه (اي الكتاب) ليس سوى خلاصة للمقالات الست الاولى لحنين مسبوكة في مائتي سؤال وجواب في تشريح العين ووظائفها ومداواتها . وفي نية الدكتور مايرهوف ان ينشر هذا الكتاب في احدى اللغات الاوربية في المستقبل .

ينسب ابن ابي اصيبعة الى حنين كتباً في (تركيب العين) و (الالوان) و (تقسيم علل العين) و (اختيار ادوية علل العين) و (علاج امراض العين بالحديد) ولكن الدكتور مايرهوف يعتقد انها كتب الّفها بمفردها قبل ادماجها في المقالات العشر .

قد يطرأ تغيير على كثير مما قيل هنا في عمل حنين واثره عندما تفتح الالوف من المخطوطات الراقدة في الجوامع والخزائن الخاصة في الشرق في وجوه الباحثين . وكثير مما نقله عن اليونانية لا يزال في مكتبات استانبول وكاتب هذا البحث كثير الامل في ان انتعاش البحث والتنقيب في الشرق القريب حالياً سيظهر الى الوجود اشياء كثيرة عن الطب العربي .

وان الصعوبات التي تجابه المستشرق في الوقت الحاضر عظيمة . فكثير من الروايات التي يوردها مؤرخون عرب هي مبهمة ومشوشة وفيها الشيء الكثير من التفاصيل البعيدة عن الموضوع . مثلاً ان ابن ابي اصيبعة يخلط احياناً ما بين ترجمات حنين وكتبه من تأليفه كما ان كاتب هذا المقال نفسه وهو مواطن لحنين ويستطيع ان يقرأ كتب حنين في لغتها الاصلية يضطر في اوقات كثيرة ان يصرف ساعات باحثاً ومنقباً في معاجم وموسوعات عربية للاهتداء الى المعنى الحقيقي لكلمة طبية وقد يلاقي احياناً الصعوبة نفسها في اختيار الكلمة الانكليزية المناسبة لتأدية المعنى الحقيقي بالضبط . ولذلك فالخطأ لا يمكن تلافيه ما لم يتح للباحث الوصول الى المخطوطات الاصلية وهذه جميعها تقريباً مفقودة في الولايات المتحدة . فاذا كان لهذه الوريقات وقد كتبت في فترات خلال واجبات المهنة ان تثير رغبة واهتماماً لجولات اخرى في تاريخ الطب العربي : كان ذلك خير مكافأة لكاتبها .

واخيراً يود الكاتب ان يقر بالفضل للدكتور هنري سيجريست من جامعة جون هوبكنس والدكتور وليم س. لاد من جامعة كورنيل على اقتراحاتهم الثمينة .

❀❀❀

الجزء ٦ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٦ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٥٥ هـ

المؤتمر الجراحي الفرنسي الخامس والاربعون

لخصه العليم مرشد خاطر

الموضوع الاول

نتائج الطعوم المبيضية

القسم الاول

الطعوم الاختبارية : بحث في هذا القسم موكو من باريس وبعد ان جاء بلمحة مختصرة عن الاعمال التي ظهرت بعد تجربات بولس برت الاولى في السنة ١٨٦٤ ذكر النتائج الباهرة التي حصل عليها في الطيور حيث افضى تطعيم الذكور منها بطعوم المبيض الى انقلاب تناسلي موقت . وقد أيد بازار بالخاصة في السنة ١٩٢٣ ثلاث قضايا ذات شأن

١ً — قضية المقدار الفعال : فلا بد من مقدار معين من الغدة للحصول على نتيجة محسوسة .

٢ً — القضية المسماة « الكل او لا شيء » : فبعد ان يعين اصغر مقدار فعال يكفي مقدار زهيد مضاف اليه للمحافظة على الصفة التناسلية .

٣ً — قضية «الحدود» ومعناها ان اصغر مقدار فعال ليس واحداً لجميع الصفات التي يفعل فيها الرسول الخصوي او المبيضي

ثم بين الباحث ميزة المبيض على الغدد الاخرى في التطعيم لان عناصره البيضية في اللوان تتطعم تطعمات متتابعة جنسية (وذلك في الالقاح) ثم تطعمات ذاتية (وذلك في الرحم) اضف الى ذلك ان في المبيض الكهل عدداً من العناصر لا يزال مضغياً ومتحفزاً للنمو الشديد ومتأهباً شأن كل نسيج مضغي للتطعيم اكثر من النسيج الكهل .

ثم درس الباحث الطرق الثلاث المتبعة في التطعيم :

١ً — الطعوم الذاتية : غرس المبيضان املًا باستعادة وظيفة الالقاح (كنوار ١٩١٩) ولكن الغاية التي يُرمى اليها في غرس الغدد التناسلية ليست وظيفة الالقاح بل الاستفادة من افرازها الباطن. فاذا ما وقفت رسلها لقصور طرأ على الغدد عن دخول البدن كانت اضطرابات ذات بال واذا ما غرست اجزاء من الخصية او المبيض وعادت هذه الرسل الى البدن زالت تلك الاضطرابات

مكان الغرس : غرست الطعوم في انحاء شتى واول شرط يجب اتمامه هو ان تتوفر الوسائط الضرورية لحياة الطعم . فان من رغب في ابقاء جزء من سطح المبيض حراً غرسه في سطح الصفاق (الباريطون) الجاري او الماساريقا او الثرب ومن لم يتقيد بهذا الشرط وبتحرر البيضات من المبيض غرسه في ملء النسج : النسيج الخلوي ، العضلات ، الاحشاء والخ .

والاغراس التي صنعت في الحجرة الامامية للمقلة مكنت المختبرين من مراقبة نمو الاجربة وتكوّن الاجسام الصفر . ويختلف شأن مكان الانغراس باختلاف الحيوان المختبر به . ومهما يكن فان التطعيم بالمبيض كله لا يمكن العروق من دخول الطعم بسهولة كما ان التطعيم باجزاء صغيرة منه يجعلها عرضة لارتكاسات (réactions)البدن او بعبارة اخرى للامتصاص السريع ويظهر ان افضل طريقة هي ان يشطر المبيض شطرين ويطعم به (باتيناري) .

مقاومة الطعوم المبيضية : دلت بعض الاختبارات ولا سيما ما قام به ليبسكوتز ومعاونوه ان اجزاء المبيض يستطاع التطعيم بها والاستفادة من قوة رسلها بعد ان تكون حفظت في الثلج عدة ايام او في حرارة ١٤ - ١٨ او بعد ان تكون جففت وفقدت حتى نصف وزنها

شروط النجاح ، التنشيط الوظيفي : تؤثر رسل الغدد الاخرى ولا سيما رسل الغدة النخامية في نجاح الطعوم المبيضية . والنجاح صعب متى ترك من الغدة التناسلية جزء صغير كاف لسدّ حاجات البدن لان البدن متى كان في حاجة الى المفرز المبيضي ولم يكن فيه ما يقوم بهذه الحاجة نشط الى انجاح الطعوم المبيضية المطعم بها والعكس بالعكس .

فاذا ما طعم المبيض في الكلية نجح نجاحا يكاد يكون ثابتاً في انثى القبعة والفأرة البيضاء المستل مبيضاها بيد ان هذه الطعوم لا تنجح في انثى مبيضاها سليمان لان في البدن مواد يصدّرها المبيضان .

واذا كان الخصي موافقاً لنجاح الطعم فلا يجوز ان يمر زمن طويل بينه

وبين التطعيم اي اكثر من ٥ — ٦ اشهر في القبعة لان البدن متى طال العهد عليه وهو محروم هذه الرسل التناسلية ينظم لنفسه خطة جديدة يتمشى عليها ويمحو التنشيط الوظيفي

مناسبات الرحم والمبيض الغريزية : يعتقد باتيناري ان المبيضين قد يستحيلان بعد استئصال الرحم ، ومتى استؤصلت الرحم والمبيضان معاً اسرعت علامات الضهى (ménopause) في الظهور والشدة . ولا تفعل الرحم فعل عضو مفرز افرازاً داخلياً في المبيض ليضمر ولكن بما ان الرحم هي اشدّ الاعضاء تأثراً بمفرز المبيض الباطن فلعلّ غيبتها تفقد المبيض نشاطه .

وقد اكثر المختبرون من الاختبارات لتعيين ما لاستئصال الرحم من الفعل في المبيض . ويقول البعض ان استئصال الرحم لا يؤثر اقل تأثير في المبيض الا ما ينشأ من الرض في سياق العمل الجراحي . ويثبت البعض الآخر ان المبيض يستحيل بعد استئصال الرحم .

وقد قابل ماكس شافال حالة طعوم المبيض المغروسة والرحم باقية وحالتها والرحم مستأصلة فرأى ان الطعوم تستحيل استحالة اشدّ متى استؤصلت الرحم

تبدلات الطعم : لا يحتاج الطعم الى وقت طويل ليلتصق ولكن محافظته على بنائه تابعة للشروط التي يجدها في بيئته الجديدة . فان عناصره الناضجة (الاجربة والاجسام الصفر) تموت وتتبعها في هذا المصير اجزاء الطعم المركزية . ولا يأتي آخر الشهر الاول حتى تظهر حادثات دالة على التجدد فان اجربة جديدة تتكون ثم تعقبها اجسام صفر جديدة ولا تمر بضعة اشهر حتى يشابه تركيب المبيض المغروس تركيب المبيض الطبيعي غير ان جرمه

يأخذ في النقص التدريجي حتى يفضي به الامر اخيراً الى الموت . ويختلف الزمن الذي يستغرقه هذا الامر فانه في القبعة معادل لسنتين الى ثلاث سنوات غير ان الطعم يكون قد استنفد احتياطه بالاجربة بعد غرسه بثلاثة الى اربعة اشهر . وتزداد النتائج الثابتة صعوبة كلما ارتقت درجة الحيوان .

قيمة المبيض المغروس الوظيفية ، إمكان الإلقاح : متى ظلت الطعوم حسنة مدة طويلة من الزمن يحق لنا القول ، اذا ما توفرت لها الشروط الملائمة ، انها ستتمكن من انتاج بيوض تلقح وتنمو . ولا بد من التساؤل متى حدث الالقاح بعد التطعيم عما اذا لم يكن الطعم قد أثر في ما بقي من المبيض الاصلي لجدده .

ومع ذلك فان غرس المبيض في الرحم قد كانت منه على ما يظهر نتائج ايجابية .

فعل المبيض المغرس الرسولي: لا يستطاع بالطعوم المصنوعة في ملء النسج والاعضاء غير درس الطعم من جهة تركيبه وفعله الرسولي في البدن. ويظهر ان النشاط الوظيفي افضل في طعوم مأخوذة من مبيض فتي قابل للنمو . وينجح الطعم المبيضي متى لم يكن في البدن رسول مبيضي فاجراؤه والحالة هذه بعد نزع المبيضين خير من اجرائه بعد ترك مبيض واحد او بعض اجزاء من المبيض

٢ — الطعوم الجنسية : يظهر ان طعوم المبيض الجنسية في الكهلة قد اتت بنتائج ثابتة وان يكن عددها حتى الآن قليلًا . ويحق لنا ان نتساءل عما اذا لم يكن في المبيض خلايا مضغية في دور نشاطه جميعه متصفة بخاصة النمو وخلايا معدة للتطعيم .

فقد بينت سلسلة من الاختبارات ان المبيض اذا ما طعم في حيوان من الجنس ذاته احتفظ بحياته وكوّن اجربة وانضج بيضات وطرحها . وربما بدت تظاهرات الدورة التناسلية وحصول الالقاح والحمل والتطعيم بين حيوانات متقاربة الجنس اقرب الى النجاح منه في حيوانات متباعدة الجنس . غير ان الطعوم الجنسية اقل نجاحاً من الطعوم الذاتية وقد تكون منها على الرغم من ذلك فوائد حسنة ويرتأي باتيناري ان الفرق بين الطعم الذاتي والطعم الجنسي في القبعة ليس كبيراً كما يتصور بعضهم ولكن تبدل الطعم اسرع واشد وتجنى احسن النتائج متى تمّ الطعم بين حيوانات متساوية السن . ويستنتج من عدد من التحريات ان نتائج التطعيم بمبيض فتي ثابتة وطويلة المدة .

واذا لم يكن نجاح الطعوم الجنسية معادلاً لنجاح الطعوم الذاتية فليس الذنب ذنب الجراحة وهي واحدة في كلتيهما بل الذنب ذنب اختلاف الجنس حتى ان اختلاف العيلة واختلاف الشخص نفسه قد يكون سبباً للخيبة .

فعل المبيض المطعم به الغريزي : اذا ما طعم كهل بمبيض فتي كان فعله الرسولي اسرع مما تقتضيه سن المبيض واذا طعم فتي بمبيض كهل تأخر الفعل الرسولي عن الظهور .

مدة الكمون : يمرّ وقت متفاوت الطول بين غرس الطعم وبدئه بالتجدد والافراز وهذا الوقت تابع لشروط عديدة . فهو اسبوع ونصف الاسبوع الى ثلاثة اسابيع في قبعة مخصية . وقد جرب التطعيم الجنسي في جوار الرحم او فيها ذاتها املاً باحداث الحمل فكان منه بعض النجاح .

فعل الطعوم الجنسية الرسولي : متى حقق التطعيم في حيوان استلت اعضاؤه

التناسلية او اختلت وظيفتها لوقف نموها قد تستعيد الرحم والنفيران والمهبل سيرها العادي فتصبح طبيعية . وتنتظم الدورة التناسليـة فيعود النزو والشهوة التناسلية .

الطعم المبيضي في تظاهرات الشيخوخة :ابتدأت هذه الاختبارات بالتجارب التي اجراها ستيناخ سنة ١٩٢٠ فاذا ما طعمت فأرة هرمة بمبيض فتي عمره اربعة اشهر وفي بدء الحمل استعادت قواها ونشاطها المبيضي وقد يفضي الامر بها الى الالقاح والحمل . وقد حصل غيره من المختبرين على النتائج نفسها في العنزة والـكلبة .

الطعم الجنسي في حيوان مختلف الجنس : لا يذكر الباحث هذه الاختبارات الا ليبين ما لطعوم المبيض ولا سيما الفتي من التأثير فاذا ما طعم الذكر المخصي بمبيض فتي ظهرت فيه سمات الانوثة وقد تحقق الامر في الطيور حتى ان الذكور من اللوابن تنتفخ اثداؤها وتفرز حليباً فتستطيع ان ترضع صغارها

ولنذكر ايضاً الاختبارات عن الطعوم المبيضية المستبطنة للخصية التي حملت المختبرين على درس الخنوثة الاختبارية .

٣ً — الطعوم الاجنبية : جربت طعوم عديدة بين اجناس مختلفة من الفئران والقبعات والارانب والـكلاب وغيرها من اللوابن فـكان موت الطعم يقع في معظم الحالات بعد ان يتصلب او يلتهب وحوادث النجاح التي رويت قليلة جداً فضلًا عن ان مدة حياة الطعم لم تتجاوز فيها بضعة اسابيع .

❀❀❀

القسم الثاني

الطعوم الجراحية : بحث في هذا القسم كوت من ليون فذكر الحوادث التي نشرت في فرنسة وخارجها ثم درس بدوره الانواع الثلاثة من الطعوم.

I — طعوم المبيض الذاتية : اجريت في شروط مختلفة كل الاختلاف . وقد صنف الباحث المشاهدات المعلنة في الصحف الطبية معتداً فقط بنماذج التوسطات المجراة في الجهاز التناسلي وضارباً صفحاً عن المكان الذي غرس فيه الطعم .

أ — طعوم المبيض الذاتية مع الابقاء على الرحم ومبيض واحد : جنى منها بعض المؤلفين نتائج حسنة ويشك الباحث في صحة هذه النتائج لان الطعم لا ينجح عادة الا اذا كان البدن محتاجاً الى الرسل المبيضية وبقاء مبيض واحد يفقد الطعم هذا الشرط الاساسي ومهما يكن فبما ان الآفة الاساسية استؤصلت وبما ان مبيضاً سليماً قد ابقي عليه فان معرفة ما يعود الى الطعم او الى المبيض السليم من التحسن صعبة جداً .

ب — طعوم المبيض الذاتية مع الابقاء على الرحم : انها ترمي بالخاصة الى اعادة الطمث واتقاء الاضطرابات الناجمة من الجب (تغرس الطعوم في خارج الرحم) ومتى غرس المبيض في جوف الرحم قد يرجى ان تستعيد المرأة طاقتها على الحمل .

١ — طعوم في خارج الرحم : بعد ان حلل الباحث جميع الحادثات المعلنة في الصحافة الطبية اورد احصاءه الشخصي المشتمل على ٩٢ حادثة غُرس المبيض في جميعها بالثرب وتمكن من مراقبة ٧٤ منها مراقبة طويلة فعاد الطمث

في ٦٥ منها . فتكون نسبة النجاح ٨٨ في المائة. ويستعيد المبيض عادة نشاطه في خلال ثلاثة اشهر ولكن متى كان التهاب الملحقات الحاد فلا ينشط الطعم الا بعد مرور سبعة اشهر على غرسه . ومتى ظهر الطمث منذ الشهر الاول الذي يلي الطعم يكون ذلك دليلًا على ان بعض انقاض من المبيض قد تركت في سياق التوسط الجراحي .

وفي الحالات التي استطيع بها اجراء فحوص نسيجية على الطعوم تبين ان المبيض المطعم به قد طرأت عليه تبدلات ذات شأن. فان الاجربة يقل عددها فيه الامر لدال على ان التطعيم ليس حياة حقيقية للمبيض المطعم به. اضف الى ذلك ان الجراب الآخذ في النمو يستحيل استحالة كيسية . ويتم النضج وتتكون الاجسام الصفر بدون ان ينشق الجراب . واما غشاء الرحم المخاطي الذي عاينه بورغ فلا يتبدل بل ينمو نمواً طبيعياً ونموه هذا افضل برهان على نشاط الطعم .

٢ً - الطعوم المستبطنة للنفير والرحم : يذكر الباحث منها اكثر من ٢٠٠ حادثة تلاها نحو من ٢١ حملًا غير ان ثلاثين في المائة منها انتهت بالاسقاط في الشهر الثالث او الرابع .

٣ً - طعوم المبيض الذاتية بدون الابقاء على الرحم : انه لمن الصعب ان تعرف قيمة طعوم المبيض متى استؤصلت الرحم. لان غيبة الاضطرابات التي تعقب الجب ليست برهاناً على نجاح الطعوم فهي قد لا تطرأ على المجبوبة ولان هجمات النمو التي تصادف في ناحية الطعم لا تدل دلالة قاطعة على انه قد اخذ في اتمام وظيفته فان النمو الكيسي فيه قد يحدث بيد ان مفرزاته الباطنة

النوعية لا تقع . وبعد ذكر هذه التحفظات لا بد لنا من الاقرار ان الجب تلته في كثير من الاوقات اضطرابات وانها استمرت حتى نشاط الطعم وبدئه بالافراز وانها عادت الى الظهور بعد ان ذبل الطعم ووقف افرازه ويقول دوه ان الطعم يقوم بوظيفتـه في منتصف الحوادث طيلة سنتين . غير ان نشاطه يظل محدوداً .

وقد استنتج الباحث بعد ان حلل الاختبارات التشريحية او الحيويـة التي يعرف بها نشاط الطعوم ان الطعوم اذا خابت دائمـاً وغارت احياناً فلا يشك مطلقاً ان نسيج المبيض المنغرس في النسيج الخلوي تحت الجلد او في غمد المستقيمة تتخلله في كثير من الاوقات عروق جديدة تمكن الاجربة البدئية الباقية في الطعم من استعادة نموها بعد ان وقف طيلة وقت التوعية . وليس في يدنا حتى الآن قطعة نسيجية تمـكننا من القول ان المبيض المطعم به قد نضجت فيه الاجربة وان الاجسام الصفر قد تـكونت كما في المبيض الطبيعي اذن لـكان هذا ادمغ برهان على ان الطعم يقوم بوظيفته كمبيض طبيعي . وبما ان الورض (ponte) لا يتمّ فلا يفضي الجراب في الغالب الى تـكوين الجسم الاصفر ولـكن هذا لا يعني ان الطعم لم ينجح

٤ — طعوم المبيض الذاتية مع طعوم رحمية : صنعت ليعرف فعل بطانة الرحم في المبيض المطعم به . اما في الاختبار فقد نال المختبرون نتائج حسنة ولـكن طعوماً كهذه في السريريات لا يستطاع استعمالها بلا تحفظ .

II — طعوم المبيض الجنسية : استعملت لتنشيط مبيض ضعيف او مـكافحة لاضطرابات تلت الجب .

أ – الطعوم الذاتية مع ابقاء الرحم والمبيضين او الرحم وحدها : يستنتج الباحث باستناده الى ٥٠٠ حادثة نشرت في الصحف الطبية النتيجة التالية :

اذا ما نظر الى النتائج التي حصل عليها بعد التطعيم كان لا شك ان النجاح حليفها في كثير من الحادثات ولو مدة قصيرة من الزمن . ولكن اذا ما دقق في هذه النتائج ليعرف ما يعود منها الى الطعم نفسه وما يعود الى اسباب اخرى وقع الشك . ولا بد اذا ما شئنا ان نقيس قيمة الطعم الوظيفية الحقيقية من تمييز الحالات التي صنع فيها الطعم لتنشيط مبيضين قد احتفظ بهما وبين الحالات المستؤصل فيها المبيضان .

ففي الحالات الثانية نذكر حادثتي موريس وكروم الغريبتين حيث استؤصل المبيضان وطعم المبيض في الرباط العريض فتمّ الحمل بعد التوسط باربع سنوات .

ولعلّ بعض انقاض من المبيض تركت في هاتين الحادثتين فكانت كافيتين لاحداث الحمل . وذكر الباحث عدا هاتين الحادثتين حيث استؤصل المبيضان ووقع الحمل ، ووقوعه يدعو الى الغرابة والشك ، ٢٢ حادثة حمل تالية للطعوم المبيضية . ففي هذه الحادثات جميعها لم ينزع المبيض بل كانت الغاية من التطعيم تنشيط هذه الغدة الواهنة . ولكن اذا ما درست هذه المشاهدات درساً دقيقاً استنتج منها ان العمل الجراحي وحده كان كافياً لتنشيط المبيض .

فعوضاً عن ان يغرس بعض الجراحين الطعم بعيداً عن المبيض غرسوه في نسيج المبيض نفسه . ويستدعي غرسه قطع قطعة ولو جزئية من المبيض كافية لاحداث تفاعلات عرقية حركية ثانوية يكون منها تنشيط المبيض

نفسه وعودة النمو اليه .

واما الحالات التي لم يبدُ النجاح فيها الا بعد التطعيم بعدة اشهر او سنوات فلا تستطاع نسبته الى الطعم نفسه .

واذا ما نظرنا الآن الى الحالات التي صنع فيها الطعم لمكافحة اضطرابات الضهى رأينا ان هذه النتائج مشكوك فيها وان كثيراً من الجراحين ينكرونها واما البعض الآخر فيذكرون انهم جنوا من الطعم بعض النتائج ولكن يصعب جداً في حالات كهذه تمييز ما يعود الى الطعم نفسه من التحسين لان للحالة النفسية تأثيراً لا ينكر في هذه الاضطرابات .

وصفوة القول ان ما عندنا من المشاهدات الاكيدة لا يمكننا حتى الآن من الاقرار بفائدة الطعم المبيضي في مداواة العقم والطفالة (infantilisme) التناسلية وقصور المبيض او التشوشات الناشئة من الجب . لان ما نشر من المشاهدات الدالة على فائدته قليل ولان تلك الفوائد المعلن عنها ليست ثابتة لتستطاع نسبتها الى الطعم وحده وعليه فلا يظن الباحث ان هذه الطريقة طريقة المستقبل .

ب — طعوم المبيض الجنسية في النساء المستأصلة ارحامهن : ان عددها قليل فلا يستطيع الباحث والحالة هذه ان يستنتج منها نتيجة دالة على قيمتها الحيوية او الدوائية ويقول سيبل الذي كان له قصب السبق في صنع هذه الطعوم ان الطعم لا يلبث ان يغور بعد مدة قصيرة .

III — طعوم المبيض الاجنبية : اجرى فورونوف ودارتيغ كثيراً من الطعوم بمبيض القردة لانهاض القوة العامة وطعم ساردوكوف بمبيض

الغنمة والمنزة للغاية نفسها . وقد جنى هولاء الجراحون بعض الفوائد القليلة ولا يعني هذا ان التطعيم قد نجح لان الطعوم الاجنبية تغور بسرعة .

ومما لا شك فيه ان الطعوم الخصوية كانت نتائجها في انهاض القوى احسن من الطعوم المبيضية ولعلّ السبب كون الخصية اغنى بالرسل من المبيض . ولكن ألا يحق لنا ان نتساءل ايضاً عما اذا لم يكن لطرز التطعيم في المرأة والرجل قسط في هذا الاختلاف بالنتائج فان التطعيم بالخصية سهل جداً بحسب طريقة فورونوف بيد ان التطعيم بالمبيض يجرى عادة في اللحمة او غمد المستقيمة حتى لا تتعرض المرأة لفتح البطن . فالتوسط الذي يجرى بعيداً عن المبيض وضفائره العصبية لا تكون له تلك التأثيرات الودية التي يحدثها فتح القميص الباطن واللحاف الابيض وغرس الطعوم في ملء نسيج الخصية ، هذه الاعمال الجراحية التي تفعل بذاتها في تنشيط الغدة فعل الطعم نفسه .

التنائج : بعد ان حلل الباحث النتائج المجتناة من انواع الطعوم المختلفة جدّ في تعيين القسط الذي يجدر الاحتفاظ به في الممارسة

١ً — الطعوم الذاتية المبيضية : لها استطبابان :

أ — في معالجة العقم النفيري المنشاء يشتمل هذا النوع على الحادثات حيث يستطاع حفظ المبيضين والرحم وحيث النفيران مسدودان بآفات لا تستطيع الجراحة ترميمها بل تقضي باستئصالها . فعوضاً عن ان تترك الرحم ومبيض واحد فيبقى الطمث يستحسن، اذا شاءت المرأة، غرس المبيض في الرحم املاً باعادة خاصة الالقاح .

اما الطعوم الحرة فيجب تركها ويستحسن غرس المبيض مع ذنبه في جوف الرحم ويفضل هذا التوسط على الغرس المستبطن للنفير الذي اجري لمريضات مصابات باستسقاء النفير .

ب — اتقاء الاضطرابات التي تعقب الجب : اذا سلمنا بان الجب يحدث دائماً في المرأة تشوشات متفاوتة الشدة وان التطعيم بقطع من المبيض كاف لاتقائها لم تكن حاجة الى المناقشة . ولكن الجراحين ليسوا على وفاق في هذا الامر وعليه فلا يستطاع استنتاج نتائج بهذا الصدد صالحة لان يعول عليها .

اما فائدة الطعوم العلاجية فما من ينكر ان النتائج الحسنة ليست ثابتة فيها كما يدعي البعض فضلاً عن انها ليست طويلة المدة . ولا ينكر ايضاً ان الطعوم وحدها قد كفت في كثير من الحالات لاتقاء الاضطرابات التالية للجب فما على الجراحين والحالة هذه الا ان يتقنوا طرق التطعيم ليكون مقروناً بنجاح ثابت .

ولكن اذا سلمنا ان الجراحة بتحسينها طرق التطعيم ستحسن القيمة العلاجية أفلا يحق لنا ان نتساءل ايضاً عما اذا كانت هذه الاضطرابات تبرر استعمال هذه التوسطات ؟ ان آراء الجراحين لم تجمع على هذه القضية . ويعتقد الباحث ان هذه الاضطرابات اذا ما كانت في بعض الحالات خفيفة ولا يعبأ بها وذلك متى كان الاستئصال ناقصاً فانها في الحالات الاخرى شديدة وهو على رأي القائلين ان المرأة التي جب مبيضاها ليست امرأة سليمة . وبما ان الاستعضاء (opothérapie) على الرغم من تنوعه لم يتمكن حتى الآن من ازالة هذه الاضطرابات كان لا بد من التطعيم لمحوها ولكن اذا اشير

بالتطعيم في بعض الحالات فلا يجوز اجراؤه الا متى لم يكن مناص من استئصال المبيضين التام واما في الحالات التي يستطاع بها ابقاء بعض المبيضين فلا حاجة الى التطعيم . فمتى كان المبيض متصلباً وكيسياً او متى كان ورم عضلي او التهاب ملحقات خفيف الحدة او مزمن لا يجوز للجراح ان يستأصل الرحم وملحقاتها استئصالاً تاماً او ما يقرب من التام دائماً وان يغرس في الشفر الكبير قطعة من المبيض اتقاء للاضطرابات التالية للجب بل عليه ان يحافظ على الرحم ما امكنه املاً بعودة الطمث .

واذا ما طعم بالمبيض في حالات لا يستطاع بها اجراء التوسطات الاقتصادية (استئصال ورم عضلي ، قطع المبيض ، قطع الملحقات) وحوفظ على الرحم كان منه اتقاء الجب وعوارضه . وفي الحالات التي يستطاع بها اجراء العمليات الاقتصادية يجب تفضيلها بلا تردد ويرى الباحث ان الجراحين يستأصلون الرحم في حالات كثيرة يستطاع فيها المحافظة عليها فعليهم ان يعدلوا خطتهم بعد الآن . لان حفظ الرحم لا يهب للطعوم المبيضية قيمة علاجية اكبر فحسب بل لان الطعم ولو لم ينجح تكون النتائج التشريحية والوظيفية احسن اذا ما حفظت الرحم .

فاذا ما سلم بهذه المبادىء لم يكن للطعوم المبيضية الذاتية اذا ما استؤصلت الرحم الا استطبابات محدودة . وقد غرس بعض الجراحين في سرطانات عنق الرحم بعد استئصال الرحم ، المبيض في ناحية الثدي .

واذا استثنينا هذه الحادثات فلا نرى لطعوم المبيض الذاتية استطباباً الا حيث لا يستطاع حفظ الرحم . واما نتائجها البعيدة فلست من الحسن في

درجة عالية لتوسيع الاستطبابات الجراحية .

ب — طعوم المبيض الجنسية : ان النتائج التي حصل عليها اليوم باستعمال رسل المبيض او الرسل الدرقية الامامية تقلل من استعمال طعوم المبيض الجنسية كيف لا وقيمتها الحيوية لم تثبت .

ولكن اذا لم تكن للتطعيم نفسه القيمة العلاجية المرغوب فيها فان التوسط الذي يستدعيه تحقيق هذا التطعيم ولا سيما متى غرس المبيض في ملء الصفاق بحسب طريقة موريس وسبيل ذو فائدة لا تنكر . والبرهان على ذلك عودة الطمث الى الظهور بعد انقطاعه في عقب قطع الزائدة او قطع جزء من المبيض او تثبيت الربط او توسط على الودي البطني حيث الاعصاب الرحمية المبيضية او في عقب فتح بطن استقصائي فقط . وقد علل اريش هذه الحادثات بفعل العملية الجراحية الموسع للعروق فاذا ما غرس الطعم تكون قد عزيت اليه ولا شك هذه النتائج الحسنة .

واذا تركنا طعوم المبيض الجنسية كان علينا على الاقل ان نقنع المريضة بفتح البطن الاستقصائي الذي يوقفنا على حالة الاحشاء في الحوض الصغير وعلى رسم معالجة رسلية في شروط مناسبة .

ج — طعوم المبيض الاجنبية : انها لم تفد في انهاض قوى البدن الا فائدة موقتة ولو كانت الطعوم باكثر من غدة . لا ينكر ان التطعيم بفص الدرقية الامامي في الحيوانات قد نشط فيها القوة التناسلية حتى انه ايقظها بعد زوالها في البعض . ولعلّ التطعيم بفص الدرقية الامامي خير لمعالجة الضهى او العقم الباكر من التطعيم بالمبيض نفسه .

الوراثة والسياسة

للعليم شوكة موفق الشطي

قد يتساءل القارىء عن صلة هذا البحث بالسياسة واثره فيها وقد يظن ان كاتب هذا المقال اراد ان يغريه بكلمة السياسة الفتانة ليطلعه على بعض ابحاث الوراثة انتهاجاً منه نهج القائلين بخداع العناوين . لذلك اقول للقارىء جلاء للغموض ان بحاثي الوراثة السياسيين يرون ان بريطانيا لم تستطع ان ترئس هذا العالم مدة طويلة من الزمن الا لان عرقها اصفى من غيره وان حركة المانيا الحاضرة مبنية على اسس هذا العلم وعلى تطهير العرق الجرماني من العناصر الدخيلة فيه .

هذا وقد بينا فيما سبق من الابحاث ان كثيراً من الامراض والاضطرابات الروحية والصفات الجسمية تنتقل ارثاً في بعض الاحيان .

ولا غرو ان يجنح الاميركيون بعد ما اتضح لهم من انتقال حب الاجرام والاضطرابات الروحية وراثة الى حظر الزواج على بعض المصابين بتلك الصفات . وقد لاحظ زعماء بعض الدول ان امتهم اخذت تنحط بعد ان تفشت فيها هذه الصفات وتبين لهم ان اباءهم واجدادهم لم يكونوا متصفين بها فنشأت من ذلك فكرة العرق والسياسة العرقية او العنصرية والسعي الى تصفية العرق مما خالطه من العناصر الاجنبية . ومما هو مشهور

عن الانكليز انهم يدينون بهذا الرأي ولذلك جعلوا التجنس بجنسيتهم صعباً جداً ويعتقد بعض الساسة والعلماء اليوم ولعل اكثرهم المانيون ان نجم انكلترة آخذ بالافول وان مجد بريطانية العظمى زائل لا محالة ان لم يبادر مفكروها الى تزييد العناية بتطهير عرقهم وقد استقر رأي العلماء النازيين اليوم على ان ما منيت به المانية من الانكسار في الحرب والخزي والخذلان بعده ناجم من اختلاط انسابهم بعناصر دخيلة ومن فساد عرقهم لذلك رأيناهم يهبون هبة واحدة لتصفيته من العناصر التي عدوها مفسدة له. ولم يكتف النازيون بذلك بل راحوا يعقمون الاشخاص المبتلين بامراض وراثية فمنعوهم من الانتاج وقد خضع لهذه العملية بحكم المحاكم والاطباء اكثر من عشرين الف شخص وانهم لم يقروا اعقام المصابين بامراض وراثية خطرة فحسب بل اخذوا يتقصون في التشوهات البسيطة الموروثة وآخر ما قرروه في هذا الصدد هو منع المصابين بالعَلَم (bec de lièvre) من الاخصاب مع ان هذا المرض قد يكون بسيطاً يتصف بظهور شق تحت الانف يفصل طرفي الشفة العليا ولا صلة له باضطرابات عقلية او جسمية .

يتضح مما تقدم ان النازيين جادون في تصفية عرقهم وانقاذه من الامراض الوراثية التي تجعل النسل فيه ضعيفاً وتخليصه من التشوهات التي تسيء الى جماله وسوف يفكرون ولا شك في تخليص ذريتهم من الاثر التي ثبت ان افرادها لا يتحلون بصفات العرق السكسوني فيحصلون بعد عهد قد لا يطول اكثر من قرن على نسل لا تشوبه الامراض ولا تشوه جماله العلل والعاهات . ولا يخفى ايضاً انهم يتبعون سياسة عرقية يسعون فيها الى ايجاد

دولة المانية كبرى تضم شتات العنصر الالماني الخاص وتنبذ منه ما لم يثبت صفاؤه الوراثي . واخذ الانكليز ينتبهون الى هذه الحقيقة فتألفت فيهم جمعيات غايتها اصطفاء العرق الانكليزي وتشكلت عند الفرنسيين ايضاً عدة جماعات تنشد هذه الغاية وتطلب اتباع سياسة عنصرية لاتينية وتسعى الى ذلك بكل ما أوتيت من قوة ونشاط .

هذا ما قصدنا بعنواننا الوراثة والسياسة اثبتناه موجزاً اتماماً للفائدة .

❀ ❀ ❀

التراث القومي العربي والسياسة العرقية في بلاد الشام

يتضح للقارىء مما تقدم ان القومية العرقية هي خير دعامة تستند اليها الأقوام في تكوين كيانها وحفظ استقلالها وانتاج نسل قادر على الذود عن حياضها وان تطهير العرق من العناصر التي خالطته وافسدت دمه لمن الوسائل الأساسية التي يعتمد عليها اليوم في انهاض مستوى الشعوب وتوحيد الرأي فيها وانقاذ قادتها من تضارب الأفكار وتبلبل الآراء

فاذا كان الحال كما بيّنا فما هو شأن البلاد العربية بعد ان اختلطت فيها العناصر وكثرت فيها الأعراق وتباينت فيها الملل والنحل ولا سيما في سورية كما يخيل الى اكثر الكتاب الغربيين الذين يزعمون بان السوريين مزيج من اقوام عديدة وخليط من شعوب كثيرة .

ولعمري اذا نظر الانسان نظرة سطحية الى البلدان العربية وخاصة الى

سورية ورأى ما فيها من عناصر عديدة وعرف حقيقة تأثير العرق في السياسة وتكوين الدول رثى لحالها وبكى لمستقبلها واعتقد انه لن تقوم قائمة لكبوتها بعد العصر الأموي الذي ازدهرت فيه العلوم وامتد فيه سلطان العرب الى اقاصي المعمور . غير اننا لو تعمقنا في الأمر واستهدينا بنور البحث العميق وتقصينا في اخلاق اهل هذه البلاد العربية لاتضح لنا ان الدم الذي يجري في عروق سكان الشام والبلاد العربية قاطبة دم عربي صرف لم يخالطه الفساد ولم تشبه وفرة الأقوام التي استوطنت هذه البلاد وكثرة الشعوب التي اندست بينها والاقوام التي خالطتها .

اجل ان للعربي من العادات والإصالة ما ساعده على الإحتفاظ بعرقه صافياً نقياً على الرغم من كرّ الأيام والعصور وما قاساه فيها من ضربات وجور . اعتاد العربي ان يحافظ على صفاء دمه غريزةً فقط على ان لا يرضى عن الزوجة العربية بديلا وخالطت صميمه واستولت على لبه كلمة الاوائل المشهورة (زيوان البلد ولا قمح الجلب) فكان من ذلك ان ابتعد بفطرته عن الزواج بالدخيلات والأجنبيات فبقي نسله عربياً صرفاً وظل عرقه نقياً صافياً. اما الأخذ والعطاء اللذان اضطر ان يبادل بهما الأقوام التي ساكنته فلم يفسدا عرقه ولم يغيرا شيئاً من بنائه الصميمي .

حكم العثمانيون البلاد العربية بضعة عصور وكان الدين الحنيف واسطة عظيمة لربط القلوب بين الشعوب الاسلامية التي حكموها وعلى الرغم من ذلك كله لم يبادلهم السوريون العرب الزواج الا قليلًا ولا اخالني مخطئاً اذا ادعيت ان العيل التي خالطها دم تركي قليلة جداً في الجزيرة العربية . فاذا كان

هذا شأن سكان هذه البلاد مع حكامهم العثمانيين فكان التزاوج بينهم قليلًا فكم بالحري ان يكون اختلاط الأنساب مع الأقليات التي اضطرها الأتراك او الخلفاء النزوح الى البلاد العربية عامة والبلاد السورية خاصة قليلًا لا بل نادراً .

لنبحث الآن في هذه القضية مقتبسين من كلام المؤرخين مسترشدين بما ذكره مؤرخنا الكبير الاستاذ العلامة محمد بك كردعلي في كتابه خطط الشام حيث جمع اقوال المؤرخين المتقدمين والمتأخرين من عرب وعجم لنبين ان هذه البلاد عربية وان سكانها عرب . بيّن المؤرخ الفاضل ان العرب وجدوا في الشام قبل الميلاد بـ ٣٨٠٠ سنة وانه قامت لهم فيها دول عظيمة اذ يغلب في اسماء ملوك النبطيين اسم الحارث وعبادة ومالك وان لبنان عربي وسكانه الموارنة انتقلوا اليه من جهات حمص وان اللغة العربية كانت ذائعة في بلاد الشام قبل الفتح الاسلامي بزمان طويل وان للوثنيين والنصارى من العرب يرجع الفضل في نشر العربية في بادىء الأمر وان اهل دمشق اكثر السوريين عراقة في العربية وان اسكندرونة وانطاكية عربيتان وان اللغة العربية دخلت واسعة النطاق الى اقسام من الجنوب منذ نحو من خمسة وعشرين قرناً الى ثلاثين قرناً وزادت الاسلام رسوخاً وانتشاراً وانه مهما قيل في كثرة عدد المتكلمين بالفرنسية في بيروت وبالعربية في القدس وبالتركية في حلب ومهما اختلفت درجة العواطف من حيث حب العربية فالبلاد عربية صرفة وسكانها عرب وما كانت المذاهب الكثيرة عندنا ولن تكون معياراً في هذا الباب . يتضح من ذلك ان العروبة كانت قبل

النصرانية والاسلام وان اللغة العربية من اقدم السنة العالم عمراً لأن اقدم لسان من السنة العالم المتمدن اليوم يرتد عهده الى عشرة قرون او اثني عشر قرناً على حين ان عمر العربية في الشام اكثر من ذلك بضعفين على اقل تقدير . وما اصدق قول مؤرخنا حين يقول في هذا الباب نحن عرب قبل ان نكون مسيحيين ومسلمين سعادتنا مناط الاحتفاظ باصولنا ولا تمثلنا الا قوميتنا واعظم قوة لها لغتنا .

هذا وانه لما يثلج الصدور فرحاً وابتهاجاً هو ان يعترف احرار الفرنسيين بالجمهورية السورية المستقلة وبعروبتها الصريحة وان يصرح رئيس الوفد الفرنسي المفاوض بان المسيحيين في سورية ليسوا من الاقليات وانما هم عرب اقحاح من ابناء البلاد الأصليين. ومما لا شك فيه ان حنكة الاستاذ الكبير العلامة فارس بك الخوري وعروبته النبيلة وعبقرية زملائه اعضاء الوفد الأمين ولباقتهم اماطت اللثام عن هذه الحقيقة ابان المفاوضات فوجهتها شطر هذه الناحية الحقة .

كفّن بذلك احرار الفرنسيين السياسة التي تعد المسيحيين اقليات والتي تتستر بالدين لتتوصل الى اغراضها الاستعمارية . وقد قابل رجال الكهنوت هذا القرار بسرور لا يوصف واليك كلمات غبطة البطريرك الارثوذكسي السيد الكسندروس طحان التي يستفز بها القومية العربية « ان ما حصلت عليه البلاد الآن ليس بالأمنية القصوى التي تنشدها فالأمنية القصوى ان نرى الوحدة العربية الكبرى محققة وهذا غاية ما اتمنى على كل عربي ان يعتني به في هذه الحياة »

أجل انه لما يسر كل عربي مهما كانت ديانته ومذهبه ان يفهم العالم ان المسيحيين في هذه البلاد هم عرب من ابنائها الاصليين وان يتخلص المسيحيون من هذه الوصمة التي الصقوها بهم وان تدفن تلك الفكرة القائلة بجعل المسيحيين اقلية دفناً لا بعث بعده .

هذا ولا بد لنا اتماماً للفائدة من البحث عن الاقليات الحقيقية في بلادنا وخطرها فنقول انه ليس عليهم ان يوجسوا خيفة منا ولا ان تخامرنا الشكوك فيهم لان الاقليات نفسها فطرت على ان لا تلتحم بنا بلحمة النسب وان لا تتصل بصلة القرابة وا كثرها من العناصر التي ذاقت مرارة الظلم فتقيم للحرية وزناً فلا يقدر الحرية الا المظلومون كما قال مطران الارمن في هذه البلاد . كما ان اهل هذه البلاد اعتادوا مجاراة الجار وكفى دليلاً على ذلك قول حكماء العرب (ارعَ الجار ولو جار) والفوا مدّ يد المعونة اليه والدفاع عنه والعمل معه والاخذ بناصره منذ سالف العصور ولله در احمد بن محمد بن المدبر الذي قال في تفضيل الشام بهذا المعنى :

وكم بالشام من شرف وفضل ومرتقب لدى بر وبحر
بـلاد بارك الرحمن فيهـا فقدّسها على علم وخبر
بها غرر القبائل من معد وقحطان ومن شروات فهر
اناس يكرمون الجار حتى يجير عليهم من كل وتر

❀ ❀ ❀

ليس السل بمعد للكهول

للعليم نجم الدين الجندي

بهذا العنوان بين اوغوست لوميار اراءه في عدوى السل في مقال حديث نشره في مجلة العالم الطبي وقد انفرد عن جماعة مؤسسة باستور القائلين بعدوى السل ودعم فكرته بحجج دامغة تحمل القارىء على الاذعان لرأيه .

فقبل ان اجرى فيلمن تجاربه بتلقيح الحيوانات بالسل حتى بعد ذلك لم تكن عدوى السل مقبولة وبعد اكتشاف كوخ للعصية سلّم بالعدوى تسليماً اعمى مجاراة للنابغة الالماني المكتشف .

وقد رجع لوميار الى الحادثات السريرية ودرسها باعتناء فتوصل الى النتائج التالية : ان الاشخاص العائشين في بيئات شديدة التلوث بعصية كوخ لا يسلون ولم يذكر احد من اطباء المصحات عدوى احد رجال المصح، اعلن غينار وبليني بعد تتبع ٢٥ سنة انهما لم يشاهدا اصابة واحدة بالسل في رجال المصح أو في احد افراد عيلته حيث ولد اولاد وعاشوا في جوار المسلولين مباشرة

وشاهد لوميار الشيء ذاته في شعب السل التي ادارها طيلة ٤٠ سنة في مستشفيات ليل وما من يجهل ما كانت عليه شعب السل في مستشفيات ذلك الزمان حيث كان المسلولون يزدحمون لقضاء ايامهم الاخيرة فكنت ترى في القاعة الواحدة عشرين مسلولاً يسعلون وينفثون ويتنفسون في بيئة قليلة

التهوية ولا سيما في الشتاء حيث كان الممرضون والطلاب والاطباء يتجولون غير متخذين اصغر الاحتياطات فلم اشاهد طيلة هذه السنوات الاربعين حادثة واحدة استطيع نسبتها الى العدوى وقد اخذت من بطانة انوف كثير من الطلاب محضرات فكشفت فيها عصية السل الامر الدال ان هذا التلقيح السطحي لا يدخل اعماق العضوية .

ويقول لوميار ما من احد اشد تعرضاً للسل من الزوجين اذا كان احدهما مسلولاً فاليكم المقررات التي انهى بها المؤتمر الفرنسي للطب العام المنعقد في ٥٠ اذار سنة ١٩٣٣ جلساته :

تبين من المناقشات الطويلة التي نطق بها اكبر علماء الفرنسيين ان عدوى السل الزوجي لا تتجاوز ١٠ ./. وذلك بعد قضاء سنين طويلة ولاحظ لوميار ان ١٠ ./. من هؤلاء يسلون ولو لم يقترنوا . فالسل بحسب فكرة لوميار لا يعدي وعدة حادثات تؤيد هذه الفكرة فان السل لا ينتشر انتشاراً بعيداً كبقية الامراض السارية بل ان عدواه تبقى منحصرة ولا يصيب السل كل من يتعرض له كما هو الامر في الامراض السارية بل يصيب اشخاصاً معينين حتى انه ليستطاع التكهن منذ البدء عمن يصاب وعمن لا يصاب به .

والسل معدٍ في الرضع وفي الشعوب التي لم يكن معروفاً فيها ويأخذ هنالك شكلاً خاصاً ولا يرحم احداً بل انه يفضي الى الموت المحتم .

ولا يشبه السل في الاطفال سل الكهول الكثير الاشكال ولا يستطاع احداث سل تجريبي في الحيوانات معدٍ ولادتها شبيه بسل الكهول .

هذه خلاصة عن نتائج التحريات التي قام بها لوميار عن عدوى السل فهي تشبه النتائج التي نشأت عن كشف الشكل الراشح للعصية ووجود عامل العدوى في نسج جنين ابواه مسلولان ولم تكشف فيه عصية كوخ ويحتمل ان نرجع الى فكرة قدماء السريين التي تجعل من السل علة عيلية تنتقل بالوراثة .

يتضح مما سبق ان الواسطة الوحدة لاتقاء السل وللشفاء منـه هو ان يقوى البدن فيعود نمو الداء مستحيلاً .

هذه هي الفكرة التي اعتمد عليها لوميار منذ ٣٠ عاماً واجرى في سبيلها كثيراً من التحريات وكان مصيباً كل الاصابة حينما كان يقول ان العضوية الغنية بشمع المرة (الكولسترين) منيعة على السل وان الواسطة الوحدة لوقاية العضوية الفقيرة منه هي حقنها به . ومن هنا نشأت فكرة المعالجة بياراتوكسين اشباه الشحوم الصفراوية المركب الغني بالكولسترين فمنه تجنى اكبر الفوائد في الوقاية والشفاء من داء السل .

❀❀❀

تشخيص الحمل الحيوي (Prolon-diagnostic)

ترجمة العليم نجم الدين الجندي

طريقة اشيم ، زوندك ، فريدمن ، بروها ومشتقاتها

يشغل التشخيص السريع للحمل بين التفاعلات الحيوية التي تجري يومياً في المخابر مكاناً يزداد شأنه يوماً عن يوم ولاكتشاف زوندك قيمة كبيرة من الوجهة المرضية والوجهة الغريزية ايضاً وهو في كلتا الحالتين يفيد الطبيب الذي يستشار في تشخيص الحمل في ايامه الاولى فيجد في المخبر مساعداً له في جلاء هذا الامر وهذا المساعد لا يخطىء .

الوجهة الغريزية والنتائج الاجتماعية لتشخيص الحمل الباكر

ان تفاعل واسرمان والتشخيص المصلي والفحوص الجرثومية لا يهتم بها المريض الا حينما يرى من طبيبه رغبة في اجرائها لكشف امر غامض ولا يفهم المريض قيمتها الا بعد ان يباحثه طبيبه بها مباحثة طويلة .

اما هنا فالامر يختلف فان المرأة تأتي مستشيرة طبيبها في تأخر طمثها وقد شاع بين طبقات الشعب ان وقف الطمث معناه حصول الحمل ، هذا ما يعتقده الرجل والعيلة على ان هناك حوادث لا يحصى عددها تثبت خلاف ذلك فاذا ما استند الطبيب الى تفاعل مخبري أكيد كتشخيص الحمل الحيوي بدد هذا الغموض وجلا بسرعة عجيبة الحادث الاجتماعي الاساسي جاعلاً من الشك حقيقة لا مراء فيها مستندة الى معلومات حيوية .

الوجهة المرضية

ان لتفاعل اشم ،زوندك شأناً في تشخيص الحمل ليس من الوجهة الاجتماعية فحسب بل من الوجهة المرضية ايضاً فقد ينشأ تأخر الطمث عن ورم ليفي او قصور في المبيض او كيس مبيضي او الضهى كما ينشأ من الحمل نفسه وقد تكون الاقياء التي تعانيها المرأة ناجمة من الحمل نفسه او من اضطرابات هضمية . والآلام في الحفرة ناشئة من حمل نفيري او من التهاب الصفاق الحوضي .

وعلى سبيل المثال نورد خلاصة بعض المشاهدات المفيدة كل الفائدة :

امرأة في العقد الثالث من عمرها دخلت قاعة (تارنيه) وقد تأخر طمثها منذ شهرين وكانت تنزف منذ مساء اليوم الذي دخلت المستشفى فوضع الثلج على بطنها فوقف النزف الرحمي ولكن الآلام الحوضية والثقل استمرا وكان تشخيص آفتها صعباً لان في سوابقها الشخصية ما يدل على آفة قديمة في الملحقات وقد ظهر من معاينتها السريرية ان رحمها طبيعية الحجم ولا حمل فيها ولكن تفاعل بروها كان ايجابياً فاستناداً اليه فتح البطن فبدا حمل خارج الرحم .

واليكم مشاهدة ثانية كانت الرحم فيها منقلبة في دوغلاس وحاملة فشخص الحمل بالتفاعل الحيوي ومشاهدة ثالثة شخص فيها حمل نفيري كان على اهبة الانشقاق وقد نجت المريضة بفضل التوسط الباكر من خطر النزف الذي كان يهددها .

وهناك ست مشاهدات اخرى في نساء تأخر طمثهن وكن مصابات

باورام رحمية نازفة فالتبس التشخيص السريري بين الورم الليفي والحمل فكان التفاعل الحيوي ايجابياً في ثلاث حادثات ومنفياً في الثلاث الاخرى وفي اثنين من الحالات الايجابية حال التشخيص الحيوي دون توسط جراحي كان قد قرر اجراؤه لو لا هذا التفاعل .

الطريقة العملية

نقول على سبيل التذكرة ان اساس هذا الفحص هو ان يكشف في البول الرسول برولن الذي يعمله في اثناء الحمل فص الغدة النخامية الامامي فاذا ما حقنت الحيوانات غير البالغة بالبرولن ظهرت عليها في بضعة ايام اعراض البلوغ فاذا كان الحيوان انثى نمت رحمها نمواً سريعاً واحتقنت وضخم مبيضاها ونضجت فيهما الاجربة وبدت على سطحهما بقع نزفية مدورة . واذا كان الحيوان ذكراً نمت خصيتاه وضخم حويصلاه المنويان ضخامـة صريحة فالتشخيص يستند الى ظهور النزوف المبيضية او نمو الحويصلات المنوية ويختبر في حيوانات كبيرة كالارنب بـدلاً من الحيوانات الصغيرة لان التبدلات التناسلية فيها اوضح من الحيوانات الصغيرة .

ما هي الاحتياطات الواجب اتخاذها في جمع البول

يرسل قدح من بول الصباح عند اليقظة ولهذا الامر شأنـه لان بول الصباح غني جداً بالبرولن ويؤثر بشدة في الاعضاء التناسلية للحيوانات المجرب بها وتمتنع المرأة عن تناول العلاجات منذ مساء ذلك اليوم ولا سيما خلاصات الغدد التناسلية والنخامية .

في اي وقت يستطاع استخدام البرولن في التشخيص ؟

نظرياً فور حصول الالقاح وعملياً يجب الانتظار حتى اليوم العاشر الى الخامس عشر من تأخر الطمث ويجوز اجراء التفاعل منذ اليوم السادس او الثالث في بعض الحالات كما ان التفاعل قد يتأخر ظهوره الى الاسبوع الثالث من الحمل وقد شاهد الاستاذ فيني عدة حوادث لم يحصل فيها التفاعل الا بعد الإسبوع السادس وهذا نادر .

بعد اي مدة من الزمن تستطاع معرفة نتيجة التفاعل؟ تعرف النتيجة بحسب الطريقة الحديثة المتبعة في الارنب بعد ٣ — ٤ ايام وقد تظهر قبل ذلك .

يحقن وريد اذن الارنب بالبول فيظهر التفاعل بسرعة واذا اختبر في الفئران الصغيرة فان ذلك يحتاج الى مدة اطول لان الحقن يكون تحت الجلد .

يحق لنا ان نقول ان نتائج هذا التفاعل اذا قيست بنتائج التفاعلات المخبرية الاخرى كان معدلها المئوي اعلى التفاعلات كافة فان في احصاءات المؤلفين أشيم وزوندك وفريدمن وبروها وسيمونه زهاء ٩٨ ٪ . وهذا كاف لحسن ظننا بها ولثقتنا التامة بها .

❀❀❀

الاستعضاء (Opothérapie)

ترجمة العليم نجم الدين الجندي

معالجة داء سيموند

كتب اخيراً ماي وروبر مذكرة ذات شأن عن داء سيموند او الدنف النخامي واننا نأتي بلمحة مختصرة عن الاعراض التي يتصف بها : فهي اولاً النحول الذي يسوق المريض الى استشارة الطبيب وهو نحول عام لا ينتخب احدى النواحي بل ينقص الوزن كثيراً وبسرعة مع وهن شديد ثم يعقبه اضطراب الجهاز التناسلي فينقطع الطمث في المرأة وقد تضمر الرحم والمبيضان وتنقص الشهوة التناسلية في الرجل وتضمر الخصيتان والموثة والحويصلان المنويان وتتناثر اشعار العانة والابطين والاسنان وتبكر الشيخوخة في الظهور ويهبط الضغط الشرياني وتبدو اضطرابات اضافية (هبوط الحرارة والقمه وتشوشات نفسية ونعاس) وينقص التطور الاساسي ويقل سكر الدم

ويعزى داء سيموند الى قصور نخامي او بالاحرى الى قصور فص الغدة النخامية الامامي ويعالج الدنف النخامي بحسب ماي وروبر بالاستعضاء وفي الاشكال المتقدمة التي ضمرت الغدة فيها تكون المداواة بمثابة تعويض عن عمل الغدة ويثابر عليها طيلة الحياة دون اي امل بالشفاء الحقيقي (كما هي المداواة بخلاصة الغدد في داء اديسون) اما في الاشكال البدئية فقد يحسن اضطراب

الوظيفة باستعمال خلاصة الغدد . ومنذ عرف هذا المرض ازداد الشفاء باتباع المعالجة .

ويجب ان تكون المعالجة نوعية اي بخلاصة الغدة النخامية واما المعالجة بخلاصات الغددالاخرى ولاسيما بخلاصة المبيض وخلاصات الغدد الاخرى فلا تفيد اقل فائدة .

ويجب ان تكون الخلاصه النخامية فعالة اي ان تحضر باعتناء . وشاملة لاقسام الغدة جميعها وتتصف المحصولات المستخرجة من بول الحبالى بخواص الرسل النخامية غير انها لا تماثلها المماثلة التامة وليس لهذه المحصولات في معالجة الدنف النخامي الا فعل ثانوي لان الدور الاساسي الفعال تقوم به الخلاصات النخامية المشتملة على مجموع خواص الغدة .

ولا تفعل هذه الخلاصات الا اذا كان مقدارها كافياً ويختلف هذا المقدار باختلاف درجة المرض وقدمه على ان يكون كبيراً وكافياً في كل حال واذا لم تفد المعالجة يكون المقدار قليلًا في الغالب فتجب زيادته حتى يظهر التحسن .

يذكر المؤلفون ان جميع المشاهدات المعلنة قبل ان يستعمل راي المعالجة بخلاصة الغدة النخامية كانت تفضي الى الموت وان التحسن لم يبدُ الا بعد هذه المعالجة حتى ان الوفيات لم تكن الا ثلاثاً من الحادثات الست عشرة التي نشرت في السنة ١٩٣٠ .

ويقول راي وروبر اذا كانت خلاصة الغدة النخامية اساس المعالجة فانه يستحسن ايضاً اشراكها بخلاصات الغدد الاخرى لمكافحة القصور

الثانوي الذي يصيب السكظر والغدد التناسلية والدرق. فان هبوط الضغط الشرياني الشديد والوهن يكافحان بخلاصة السكظر وبالادوية المقوية الاخرى (الزرنيخ والستريكنين وحامض الفوسفور) ولكن جذار من اتعاب الجهاز الهضمي وإزعاجه بادوية لا طائل تحتها لان تغذية المريض تختل اذا ما اختل جهازه الهضمي

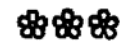
المعالجة بخلاصة الكبد في تشمعاتها المترافقة بالحبن

درس بروغيار التشمعات المولدة للحبن وقيمة المداواة الحديثة فيها بخلاصة الكبد في فصل خصصه بهذا البحث .

يقول المؤلف ان غيّار لاحظ في السنة ١٩٠٨ ان كبد الخنزير اذا ما استعملت مدة طويلة تحسن سير التشمعات حتى انها قد تفضي الى شفاء ظاهر ومنذ ذلك العهد استعملت خلاصة الكبد في معالجة هذه الادواء وحسن طرز المعالجة بها ، كثرت الخلاصات المستعملة بطريق الفم . وعالج اولسنتيز في مستشفيات نيس منذ عدة سنوات اكثر المصابين بتشمع مولد للحبن بمقادير كبيرة من خلاصة الكبد حقناً تحت الجلد . ومتى استعملت ادوية كثيرة في المعالجة لا يعرف ايها الناجع ولكن المؤلفين مجمعون على ان المعالجة بخلاصة الكبد مفيدة في مداواة جميع التشمعات المولدة للحبن وبما انها لا تؤذي مطلقاً فاستعمالها واجب ولعل الحالة الوحدة التي لا تفعل المعالجة فيها هي التشمعات القديمة التي اضمحلت فيها عناصر الغدة، يحدونا هذا الى المعالجة بخلاصة الكبد منذ البدء اذ يكون بعض نسج الكبد سليماً حتى اذا ما نبه بهذه الخلاصة استعاد وظيفته الطبيعية . فاذا ما ابتدىء بالمعالجة منذ

ظهور اعراض قصور الكبد الاولى ولا سيما التطبل الخاص الذي يسبق الانسكاب كان التحسن جلياً وسريعاً ولم يعد ادنى شك في فائدة هذه المعالجة ويقول بروغيار غير نكير ان الانقطاع عن الكحول والحمية الصارمة وحدها قد تحسن الداء وتكاد تعيده الى حالته الطبيعية ولكن استعمال خلاصة الكبد بمقادير كبيرة وبطريق الفم يسرع الشفاء ويثبته .

وقصارى القول ان المعالجة بخلاصة الكبد هي المعالجة التي يصح الاعتماد عليها في تشمعات الكبد المولدة للحبن ولا سيما في ادوارها البدئية .



التناذر التشحمي التناسلي في الفتيان واليفعان

للعليم أ . ابّار

ترجمها الطالب السيد شفيق البابا

لا جرم ان من اكثر اضطرابات الغدد الصم تصادفاً في الطفولتين الوسطى والاخيرة وفي الشق المذكر ، هو اجتماع التشحم مع نقصان بيّن في حجم الاعضاء التناسلية الظاهرة : فالقصيب دقيق ، وغمده منكمش على اجسام كهفية صغيرة والكيس مسطح فيه خصيتان بحجم نوى الكرز . ولا يلاحظ عادة في الطفل شيء شاذ في سني حياته الاولى ، ولا يبدو ما ذكرناه قبل السنة الرابعة او الخامسة، فالطفل بدلاً من ان يطول ويصبح ممشوق القامة ، يبقى مكتنزاً مدور الشكل ثقيل الاطراف ، ويلاحظ ايضاً ان الاعضاء التناسلية لا تتبع في نموها نمو اقسام الجسم الاخرى بل تظل دقيقة ضامرة ، يضاف الى ذلك وهن في القوة وتثبط في العزيمة والنشاط . فيميل الطفل الى الالعاب الهادئة ، ويفرّ من الضجة والصخب مع اقرانه فهو كما يقال (اب هادىء) ولا ينقصه ذكاء او محاكمة ، ويساعده الهدوء والسكون على اتقان العمل والقيام بـه فيضمن لنفسه النجاح المدرسي في الغالب. وهو قليل الاستعداد لبذل جهد فوق طاقته ، يصعب عليه كل ما يبعده عن عاداته المنتظمة . والاولاد الذين نعنيهم ، خلافاً للمتشحمين

الموردين الدموبي المزاج الذين لا تضمر أجزاؤهم التناسلية وينم عليهم فرط التشحم العاني اطفالٌ شاحبو الوجوه وعدد كرياتهم الحمر دون الحد الطبيعي وخضاب دمهم ناقص وقوتهم العضلية ضئيلة اذا ما قيست بمقياس القوة .

والمشحمون الموردون ينتسبون في الغالب الى اسر المنفضجين النهمين ، وقد ولدوا من اب مشحم او ام مشحمة (وغالباً من ابوين مشحمين) اما في الاطفال الذين نعنيهم فالاب والام حتى الاخوة والاخوات اصحاء . ومما يذكر ان داء التشحم (l'adiposité) قد يظهر او يشتد في عقب بعض الامراض كالنكاف والحمى التيفية والقرمزية غير انه يظهر في الغالب دون ما سبب ظاهر .

ويظهر المرض باكراً او متأخراً ، فيلاحظ الابوان تغيراً طرأ على حال طفلهما الصحية بين السنة الرابعة والحادية عشرة فيستشيران الطبيب في ذلك : فما هو واجب الطبيب ؟ وما هي الاغذية والاسعافات والمعالجة التي سيصفها واستناداً الى اي التعاليم الحكمية والإمراضية سيسير في مداواته ؟

. . . .

اثبتت مشاهدات بابنسكي (Babinski) التي دعمتها مشاهدات فروهليخ (Frohlich) اذ لم يكن لمباحث الغدد الصم ذلك التقدم الذي احرزته في الوقت الحاضر ، ان كل آفة مخربة وقعت في الغدة النخامية (من اورام خبيثة ورضوض) في فتيان اصحاء ذكوراً كانوا او اناثاً نجم عنها بعد بضعة اشهر فرط تشحم شديد مع تأخر في الوظائف التناسلية : انقطاع الطمث في المرأة ، ونقص ملكات الرجولة في الرجل او غيبتها ، وتناثر جزئي او كلي

في شعر العانة مع نقص في حجم الاعضاء التناسلية الظاهرة . فعلى هذه الحال من التشحم التناسلي المكتسب ذي المنشإ النخامي يجب ان يطلق اسم تناذر بابنسكي — فروهليخ .

ان معرفة المنشإ النخامي لهذا التناذر توحي الينا بان اكثر الحالات التي نصادفها من هذا القبيل، سببها اضطراب وظيفي طرأ على الغدة النخامية ولكن ليس في يدنا برهان اكيد على ذلك ، لا ينكر ان بعض العوارض المضافة قد تساعد على اثبات الآفة النخامية : مثال على ذلك يافع وقف بلوغه عن التقدم وقامته عن النمو ، وتشحم بطنه واحشاؤه ، واصابته بوالة فكان يفرز خمسة كيلو غرامات من البول يومياً ، وكشف استجوابه من جهة اخرى آفة سنخية سنية اثبتت الافرنجي الوراثي فيه . فلا يصعب في مشاهدة كهذه تشخيص ورم افرنجي في الغدة النخامية مسبب لتلك العوارض وداع الى استعمال المعالجة النوعية التي ان لم تعد النمو الطبيعي الى سابق عهده فانها تندب داء اللثة الثاقب ، وتشفي البوالة وتميع التشحم . غير ان مثل هذه الاحوال شاذة ولا يستطاع في الغالب بالاعراض التي ترافق التشحم عزو الداء الى الغدة النخامية . واما المعلومات التي يستطاع اقتباسها من فتح الجثة ومن الفحوص النسيجية على مختلف الغدد فلا سبيل اليها والآفة ليست مميتة في الغالب بل انها قد تزول مع تقدم العمر .

فهل جلت الطرق المخبرية التي قطعت شوطاً بعيداً في مبحث الغدد الصم الامر الذي نعالجه ؟

لقد تبوأت دراسة التطور الاساسي في الوقت الحاضر مكاناً سامياً

جديراً بها في مبحث هذه الغدد الصم : فقد برهنت التجربة على ان التطور الاساسي يزداد (اكثر من ١٠ بالمائة) في فرط نشاط الدرق، وينحط (اقل من ١٠ بالمائة) في قلة نشاط الغدة الدرقية ، وان المداواة الدرقية حتى المقادير الكبيرة منها مشار بها متى نقص التطور الاساسي.ولكن ليس لقياس التطور الاساسي في تناذر التشحم التناسلي تلك النتيجة نفسها : فهو مرتفع احياناً ومتناقص آونة وطبيعي تارة ، ومع هذا فان قياس التطور الاساسي واجب في كل مرة يستطاع اجراؤه لاستعمال المعالجة الدرقية خفيفة كانت مقاديرها او كثيرة .

وهنالك طرق اخرى اقرب منالاً يستطاع الالتجاء اليها في تحري الوظيفة النخامية .

طريقة ارون(Aron): من المعلوم ان بعض الرسل ولاسيما الرسول النخامي (thyréostimuline thyréotrope) والرسول المبيضي gonadostimuline) ، gonadotrope) تنطرح بالبول ، فتقوم هذه الطريقة بحقن لحمة قبمة فتية انثى يقرب عمرها من ثلاثة اسابيع اي في السن الذي تبلغ فيه بخمسة سم٣ من بول الشخص في كل يوم على ثلاثة ايام ثم ينقل الحيوان في اليوم التالي للحقنة الثالثة ويفحص الجسم الدرقي والمبيض فيه فحصاً نسيجياً ، ففرط النشاط الباكر في جسمه الدرقي ومبيضه دليل على وفرة الرسل النخامية في بول الشخص او بعبارة اخرى على نشاطه في وظيفته والعكس بالعكس وقد اقتبست من هذه الطريقة نتائج حسنة .

الطريقة الثانية : يعجم لون الجلد في الضفادع وبعض الاسماك .من خلايا

مثقلة بالصباغ الاسود تسمى الخلايا الحاملة للصباغ، وتؤثر في نمو هـذه الخلايا او ضمورها عوامل مختلفة وهي شديدة التأثر بالرسل النخامية المنطرحـة في البول ، فاذا حقنت كل يوم من بول الشخص لحمـة الحيوان طيلة عشرة ايام متوالية ازدادت البقع والخطوط السود في الجلد، اذا كانت الرسل النخامية وافرة او طبيعية فقط ، ولم يحدث اي تبدل فيها اذا كان قصور نخامي .

امـا قصور الخصية فيستطاع كشفه باختبار على ضرب من السمك فالذكـر منه يتشح في زمن البلوغ بثوب مبقـع ببقع حمر ، فاذا ما حقن ذكر هذا السمك بعد خصيه بمصل رجل في نشاطه التناسلي ظهرت هذه البقع فيه ولا تظهر هذه البقع اذا كان قصور خصوي .

ان هذه الطرق جميعها صعبة ولا تزال قيد الدرس ، ومع هـذا فاغلب حالات التناذر التشحمي التناسلي تحملنا على الظن بقصور نخامي مشترك مع قصور خصوي .

والطريقة الاخيرة في ذلك هي قياس الانكسار ويقوم بقياس المقدرة الـكاسرة ومعايرة قوة المصل الهضمية في الشخص ومقارنة نتائجها مع نسج سليمة او مريضة قد احتفظ بخلاصات منها ، فهذه القوة تزداد حينما يزداد نشاط النسيج والعكس بالعكس . واذا ما اختبر المصل تجاه الغدد الصم الرئيسة يستطاع بهذه الطريقة كشف قصور في وظائف البعض منها ففي تناذر التشحم التناسلي قد تـكون النخامية والخصية مقصرتين .

وفي الجملة لم تثبت قيمة هذه الطرق المخبرية حق الثبات في هذا التناذر

فهي واسطة للاستطباب ليس غير واصحها قياس التطور الاساسي الذي يسدد المعالجة في بعض الاحوال كما سنرى .

ولما لم تكن هذه الطرق المخبرية في الموضع الذي نتوخاه لهـا كان من المحتم الاعتماد في رسم المداواة على النتائج السريرية العلاجية :

ان الشخص في ابان نموه يحتاج الى غذائين غذاء محافظ ، وغذاء منم فالشدة في تعيين راتب يراد منه انقاص وزن المريض قد تكون سبباً في وقف نمو القامة والعضلات والقوة الطبيعية والقوة العقلية ايضاً ، اضف الى هذا انه على النقيض من التشحم المزدهر فان المصاب بالتشحم التناسلي ليس اكولاً ، اما اذا كان اكولا على خلاف الواقع فيجوز حذف كمية من طعامه على ان تكون معتدلة وتدريجية .

واما تنظيم انواع الاغذية ففيه كل الفائدة: فلتجتنب السكاكر والنشويات ولا نعني بالسكاكر السكر نفسه فقط بل كل ما فيه كمية كبيرة من السكر كالشكولاتا والملبس والمربيات والمعقدات وغيرها ، فهذه يحسن استبدالها بالثمار الغضة وامثالها ، ولا تعطى من المعجنات والمعكرونه والرشتا الا كميات قليلة كما هو الحال في الحبوب الجافة : اللوبياء والعدس والحمص والفول وليمتنع عن الاغذية والاطعمة الدسمة ، فلينزع الشحم من اللحوم وليجتنب السمن العادي وليكن الطعام قليل الدسم وليقلل الزيت في السلطات وليستعض عن جزء من الخل بعصير الليمون .

ويتألف الغذاء اذن من اللحوم ويرجح ان تكون مشوية او مقلية بلا صلص (sauce) والسمك (ويستحسن من الاسماك الهزيلة) ، والبيض ،

والخضار غضة او مطبوخة ، والجذور المختلفة كاللفت والفجل ، ويمكن اخذ الثليون والخيار والباذنجان. والبطاطا جيدة جداً في غذا الاطفال على ان يعطوها باعتدال ، وتفضل من الخبز قشرته والحرشف (artichauts) .. او البسكوت ويسمح بالحليب والجبن وامثالها ايضاً .

ومن الخطإ في هذه السن السعي الى انقاص الوزن بانقاص المشروبات وما يجب الحصول عليه هو الاستعاضة عن الشحوم بعضلات ثقلها النوعي اكبر من النسيج الشحمي ، ولمعرفة فعل الراتب الغذائي والمعالجة يعمد لأخذ قياس محيط الجذع على الوجه الآتي :

١ — تحت الابطين والساعدان منسدلان ٢— عند الحصر ٣ — عند السرة وما يهمنا الحصول عليه هو نقص الاخير بالنسبة للاولين وللقامة فقط.

ويوصى بالرياضة كالمشي وركب الدراجة، والسباحة ، والمصاب بالتشحم التناسلي لا يمكنه ان يجاري في ركضه ولعبه اقرانه من الاطفال ، اما فيما يختص بالسباحة فان كبر حجم جسمه وخفة وزنه النسبية من الشروط المساعدة له على السباحة. وللهواء الطلق وهواء البحار، وهواء الجبال خاصة نتائج حسنة جداً.

المعالجة الدوائية: لا يعطى هؤلاء الاشخاص المركبات الخالية من النترات لأنهم اقل تمثلاً لها من المنفضجين المتوردين ، فهي تسبب لهم وعكة وهبات حرارة وعرقاً غزيراً وهذا دليل على انها لا تلائم امزجتهم ، ولا يشار باستعمال الملينات ولا سيما كميات قليلة من كبريتات الصودا مذابة في قليل من الماء قبل طعام الصباح مباشرة الا اذا كان ميل الى القبض او كانت المواد الغائطة قليلة التلون، ويوقف استعمالها متى زالت هذه الحالات ويرجع اليها اذا عادت للظهور

وخير المعالجات الاستعضاء : (opothérapie) انما ذكر من علاقة هذا التناذر بتناذر بابنسكي فروهليخ النخامي يدعونا الى وضع المعالجة بالاستعضاء النخامي في الدرجة الاولى ، وقد اظهرت التجارب ان هذه المعالجة لا تأثير لها اذا ما استعمل مسحوق الغدة النخامية بطريق الفم بل يرجح الحقن بخلاصات نخامية او بخلاصة الفص الامامي تحت الجلد. وثبت اخيراً ان العلاج الناجع في تناذر التشحم التناسلي في سن الشباب هو استعضاء درقي وخصوي معاً ، ويجوز البدء بكميات كبيرة من العلاج الدرقي بلا اقل خطر فيسرع التحسن في الظهور اذا كان التطور الاساسي منخفضاً اكثر من (١٠) بالمائة

فيعطى منذ البدء ٥ سنتغرامات من مسحوقه الجاف ثلاثة او اربعة ايام متتابعة في الاسبوع طيلة اسابيع ثلاثة ، فاذا تأخر ظهور التحسن واحتمل المريض العلاج جيداً جاز رفع هذا المقدار وابلاغه الى (١٠) سغ. في اليوم ، ثم يرجع الى المقدار الاول متى ظهرت بادرة في نقص التشحم . ويلاحظ في الوقت نفسه ان الاعضاء التناسلية تنمو فالخصيتان اللتان كانتا عند الحلقة الاربية او في البطن تعودان الى موضعهما من الصفن بعد بضعة اشهر من المعالجة وفي ذلك تفسير لعمل مؤثرين متساندين: ١ — عودة النمو الى مجراه الطبيعي ويقوم به الجسم الدرقي . ٢ — ذوبان الكتل الشحمية التي كانت مزدحمة في القناة الاربية .

وفي الاطفال الذين تتراوح سنهم بين الثامنة والعاشرة لا يجوز الالتجاء الى التوسط الجراحي الا بعد ان يكون الاستعضاء الدرقي قد استعمل شهوراً عديدة لان هذه المعالجة اذا لم تؤد الى النتيجة المتوخاة كانت خير

مقدمة لهذا التوسط وليشرك مع الاستعضاء الدرقي الاستعضاء الخصوي فيعطى (٢٠) سغ. من الخلاصة الخصوية فيما بقي من ايام الاسبوع الثلاثة او الاربعة ، ويحسن اجراء المعالجة طيلة اسابيع ثلاثة واراحة المريض في الاسبوع الرابع اجتناباً للاعتياد .

وينقص الاستعضاء الخصوي ثم يستغنى عنه متى ظهرت بادرة البلوغ الاولى ، مما يفسح مجالاً لخصيتي المريض لايجاد الرسل الكافية الضرورية

واذا ثوبر على معالجة المصاب بالتشحم التناسلي على المنوال المذكور منذ الحداثة في سنته الثامنة او العاشرة فقط ، ظهر البلوغ فيه في وقته المقنن بلا تأخر ، وزال منه كل استعداد الانفضاج على ان يجتنب الاكثار من الاطعمة

والخلاصة يميل تناذر التشحم التناسلي الى الشفاء عفواً متى ظهر البلوغ ، وتقوم المعالجة باحداث البلوغ وتنشيطه اولاً متى آن وقته ، وللاستعضاء الدرقي والخصوي معاً ذلك الفعل المنشط .

واخيراً نذكر كلمة في تناذر التشحم التناسلي في الاناث ، فهو لا شك فيه ، ولكن اذا استثنينا الحالات التي تضمر فيها الاعضاء التناسلية الظاهرة صعب تمييزه لان الانفضاج الصرف في الطفولة نادر الحدوث ومتى شك في الامر يختبر الاستعضاء الدرقي والخصوي معاً ، واقول الخصوي لان خلاصة الخصية تفعل في مثل هذه الاحوال فعلاً يفوق مسحوق المبيض حتى في المنفضجات البالغات من الفتيات ، حيث يطرأ تبدل سريع في الجسد والاخلاق معاً . فيجوز استعمال المعالجة ذاتها في تناذر التشحم التناسلي في الشق المؤنث .

الهند البريطانية

للعليم لوسركل استاذ السريريات الجراحية سابقاً

ترجمها السيد وحيد الصواف

كان علينا ان نلقي مراسينا قرب رصيف المرفإ الا ان منافسنا الالماني سبقنا اليه فاضطررنا الى الرسو على بعد ميل منه في الخليج المتعكر الذي كانت تحملنا مياهه الصفر منذ بضع ساعات .

فركبنا القوارب ونزلنا سلماً موصلاً الى عتبة المرفإ التي تعلوهـا قوس جميلة تسمى « باب الهند » فوطئنا منها احدى المستعمرات البريطانية التي تعد ٥٢٣ مليوناً من السكان .

وصلنا بومباي اكبر مدينة في الهند وعدد سكانها زهاء ١٢٥٠ الفاً وهي مدينة انكليزية هندية في آن واحد تتلاقى فيها جميع الالبسة وجميع الاجناس البشرية سيارات من احدث طراز وعربات قديمة تجرها الثيران ، شوارع جميلة الهندسة وازقة حقيرة . وان ما يطرب له السائح هو تناول الطعام اللذيذ في فندق جميل قد رطب هواؤه وبرّد تبريداً شديداً جالباً للزكام وقد ازدانت المدينة الاوروبية بقصور الحكومة وابنية الجامعات اما المدينة الهندية فقـد ازدحمت بسكان البلاد الوطنيين فمخازنها كمخازن المدن الشرقية كافة ومظهرها كمظهر مدن الشرق وقد رأينا فيها علاوة على تلك اكواماً من الحطب معدة

لحرق من نذر نفسه لبراهما . ويفضل الباريسيون بعد موتهم ان تنهشهم العقبان على سطوح « ابراج الصمت » وشيعة اخرى غيرهم ان تكون طعاماً للحشرات ومهما يكن فللمقابر قسطها الكبير كما في كل مكان .

ومدينة بومباي ثغر كبير ومدينة تجارية لم تستوقفنا طويلاً فغادرناها في القطار الى الشمال .

ويسير القطار اولاً محاذياً للبحر فيجتاز مستنقعات كبيرة استعمل بعضها لاستخراج الملح . وبعد ان قطعنا اكوامه المكدسة سرنا ليلة ثم استيقظنا وقد كسانا الغبار فاطللنا من نافذة العجلة واذا بنا نبصر ارضاً عطشى والصيف لما يبدأ بعد فتمثلنا في مخيلتنا المجاعة عوضاً عن الجنان التي قرأنا عنها قبل بدء رحلتنا وتساءلنا اين هي منابع ثروة المهارجة ؟

نزلنا في «فتح بور سيكري » العاصمة القديمة « لاكبر » ثاني ملوك المغول الذي عاش فيها حوالي سنة ١٥٧٠ . ولم يبق من هذه المدينة سوى : ١ً — السور وتدل عليه حصون متهدمة ٢ً — قرية فيها الادلاء وفيها عربات غريبة الشكل لمن يخشى غبار الطريق ٣ً — الحصن الذي لم تتصدع اسواره وقد شيد على راية مشرفة على قصور اكبر وقصور حرمه . واكبر هذا مسلم وامرأته التي لاقت حظوة عنده هندية وقد اجتمع الفنان الاسلامي والهندي في هندسة القصور . اما الابنية الدينية فتغلب فيها الهندسة العربية ولا سيما المسجد فهو احدى تحف الفن العربي .

وهنا ايضاً قبرٌ اقامه اكبر للرجل الصالح الذي أرزقه ابناء . ويعلل هذا الحادث رغبة اكبر في فتح بور سيكري بينما كانت دلهي عاصمة ابيه .

اما دلهي عاصمة الهند الانكليزية منذ السنة ١٩١١ وعاصمة ملوك المغول فهي مدينة جميلة جداً في قسمها الاوروبي الذي نظمه الانكليز ولابنية الحكومة فيها منظر خاص يظهر انه مستوحى من فرسايل . اما المدينة الهندية فلا تختلف باسواقها ومعابدها ومساجدها وجمهورها عن باقي مدن الشرق المأهول غير ان كل ما يعود الى عهد ملوك المغول من قصور ومساجد سواء أبناها همايون والد اكبر او شاه جاهان حفيده هو آيات صادقة من آيات الفن الاسلامي وقد شاء حسن الطالع ان يسلم ولو بعضها من اعمال النهب والتخريب التي تعاقبت على العاصمة .

والمرفأ خاصة بمساجده وحماماته وقصوره وقاعة عدله المبنية من رخام مفرغ والمرصعة بالاحجار الكريمة وسطوحه المشرفة على النهر وقنواته وجنائنه العجيبة الهندسة كل هذا يذكرنا بعظمة ماض اسلامي قريب مجيد مستوحى من العرب والفرس .

ويرجع الفتح الاسلامي الى سنة ١١٩٣ . اما المرفأ فقد بدأه شاه جاهان سنة ١٨٣٨ . واعظم المذابح وما تلاها من نهب وسلب هي مذبحة نادرشاه الفارسي سنة ١٧٣٩ ومذبحة احمد شاه الافغاني سنة ١٧٥٦ ثم ثورة ١٨٥٧

ومعابد الهنود مغلقة في وجه الاوروبيين ولا يتاح لهم الا رؤية المعابد السابقة للعهد الاسلامي (بقايا العهد الهندي ١٠٥٠ — ١١٨٠) التي حولت لمساجد بعد الفتح وهي اجمل نماذج الهندسة الهندية . ولا ننسى ان كل هذا قد شيد ورمم وحوفظ في عهد نائب الملك اللورد كرزون

اما «أغرا» فتمتاز عدا ما فيها من القصور والقبور والآثار باعجوبة من

المرمر وهي « تاج محل » التي شيدها شاه جاهان آخر ملوك المغول الثلاثة على قبر محظيته المتوفاة في السنة ١٦٣١ في اثناء الوضع . وقد اشترك تركي وفرنسي من بوردو في التجميل الداخلي وفارسي من شيراز في تشييد هذا البناء الذي يعد احدى تحف العهد العربي الرائعة وقد احاطت به الرياض النضرة العطرة . ويشتمل البناء كباقي القبور الملكية التي زوتها على قاعة تحت الارض فيها القبر الحقيقي الذي لم يكن يزوره فيما مضى الا الاسرة الخاصة فقط وعلى قاعة ارضية فيها راموز عن القبر كانت تزوره العامة . اما اليوم فزيارة الأصل والراموز ممكنة للجميع

نحن الآن امام « بنيارس » المدينة المقدسة التي يحج اليها مليون شخص في كل سنة وعدد سكانها ٢٠٥٠٠٠ وهي في نظر الهنود مكة الاسلام واورشليم النصرانية .

وقد شيدت هذه المدينة على شاطىء الغانج الشمالي في القسم الغربي منه مع اتجاه الى الشرق . وتقوم في هذه البقعة ايضاً المعابد العامرة الى جنب المعابد الخربة شاغلة ساحة طولها زهاء ثلاثة كيلومترات .

اما الشاطىء المقابل فمقفر . وابرز مناظر الشاطىء الآهل مسجد قديم ذو منارتين جميلتين وتمتد من عتبة المعابد سلالم حتى النهر يقف الصالحون على درجاتها الاخيرة بخشوع تام كما يتوضأ ويصلي عليها اشياع المذهب . وهناك مراكب غريبة الشكل شبيهة بزوارق صفت على دوائرها مقاعد عجيبة ومتباينة النماذج تنقل السائح عند شروق الشمس مدة ساعتين ماخرة مياه النهر المدر الآسنة امام مشهد الطقوس الهندية التي لا تفتر ولا تشابه

البوذيه بشيء . ولكي نبلغ هذه المراكب الغريبة اضطررنا الى المشي بين جمهور الحجاج او السكان الذين يسرعون للقيام بواجباتهم الدينية قبل الذهاب الى اعمالهم . ثم سار بنا النوتيون المختفون في قواربهم على لحن المجاذيف البطيء امام الشاطىء قريباً من المغتسلين وقد خص لكل حي ومحلة بقعة معينة فكانت تقع ابصارنا على قصور مهارجة تتوالى مع معابد وفنادق للحجاج وعلى درجات السلالم حتى في الماء جمهرة من رجال ونساء واطفال ورهبان وصلاّح وحمير وابقار مقدسة تفتش عن غذائها وكلاب جائعة وطيور . ولا تمل العين النظر الى الطقوس جميعها منذ يدي الرجل الصالح الممدوتين تضرعاً لكوكب الشمس الملتهب حتى الرجل الذي يمسك قضيبه بيده الواحدة بينا يغسله بالاخرى بابريق رفعه فوق رأسه ليصب منه الماء فامام هذه المشاهد طرت بمخيلتي الى شواطىء النيل وجمالها في ايام الاقصر وأصوان .

ولا يكفي غسل البدن فقط بل يدخل في جملة العادات الطقسية غسل الثياب . ويلقى في هذا الماء الآسن المخضر الصابوني رماد الاجساد التي تحرق على الشاطىء وهذا الماء يشرب ايضاً وينقل الى الدور للاستعمال البيتي في النهار . والبصاق على الدرجات التي تغص بالناس وتزدحم فيها بسطات الصالحين الذين يقضون حياتهم جالسين يعبدون كوكب الشمس ممنوع منعاً باتاً .

ولا بد قبل مغادرة بنيارس من زيارة هيكل القرود حيث يضحي رجال صالحون يتورعون عن قتل اصغر الحشرات بالماعز لمعبودهم طيلة النهار ومن مشاهدة آثار سروات التي تبعد ثمانية كيلومترات عن بيناريس وهي المدينة التي القى

فيها بوذا عظته الاولى . وعلى مرحلة منها يصل السائح الى دارجلين امام التيبت فيتغير المنظر لاننا نترك السهل المغبر ونصل الجبال الجميلة التي يجنى فيها افخر انواع الشاي وهي مصح البنغال الحقيقي ومصيفها وكل مرتفع فيها يقل عن ٣٠٠٠ متر يعد هضبة بسيطة .

وقد شاهدت وانا في عجلة تصعد على مهل يجرها خمسة رجال اشداء وعلى ارتفاع ٧ — ٨ كيلومترات من فندقنا بزوغ الشمس التي كانت تنير قمة الافرست على بعد ١٥٠ كيلومتراً كما كانت تجلل بضيائها على بعد ٤٥ كيلومتراً سلسلة كينشينجونكا الفتانة التي يبلغ ارتفاعها ٩٢٨٨ متراً اي ٣٠٠ متر فقط اقل من الافرست

اننا الآن ننزل نحو كلكوتا عاصمة الهند القديمة وعاصمة البنغال اليوم واكبر مدينة في الامبراطورية البريطانية بعد لوندره وسكانها هنود تمكنا من رؤيتهم منتشرين في الشوارع في يوم احد الاعياد

وفي جميع هذه المدن الكبيرة التي بناها الانكليز مشافٍ عديدة واسعة وقد انشئت ،للحصول على العدد الكافي من الاطباء لهذا العدد العديد من المرضى، خمسة معاهد طبية في المدن الكبرى مثل كلكوتا (١٨٥٧) وبومباي ومدراس ، ولوكوف ولكل معهد مستشفاه المدرسي وفي مستشفى معهد كلكوتا ٧٠٠ سرير . ويصرف الطلاب بعد انهاء دروسهم الثانوية سنتين في دراسة العلوم التحضيرية ثم ست سنوات في دراسة الطب التي خُصصت السريرية منها للسنين ٤ — ٥ — ٦ .والطلاب في كلكوتا زهاء ثلاثمائة.وبرامج التعليم في معهدها شبيهة ببرامج انكلترة . وممرضات المشفى المدرسي جميعهن

انـكليزيات. امابقية المشافي فقدأنشئت، لاعدادممرضات لها، مدرسة تمريض مدة الدراسة فيها اربع سنوات . ويشترط للحصول على شهادة القبالة ان تكون الطالبة قد حازت اولاً شهادة التمريض. ويقوم بالدروس كما في انـكلترة معلمون انـكليز وقد اكد لي بعض الطلبة ان شهادتهم تخولهم العمل في انـكلترة .

وقد شاهدت مدرجات للدرس جميلة وفسيحة جداً مجهزة بأكمل الادوات واحدثها مع اجهزة عاكسة وشاهدت مدرجاً جميلاً للتشريح وقاعة جميلة للسلخ فسيحة حسنة التهوئة ذات طبقتين تتصل بمتحف للقطع التشريحية الموضوعة رهن اشارة الطلبة

وابواب المشفى مرتبة ترتيباً كاملاً : ابواب للدخول وابواب للحالات المستعجلة الخ . . . وشعب السريريات موزعة بين اربعة اطباء واربعة جراحين واخصائيين بالأمراض النسائية وثلاثة اخصائيين بالانف والحنجرة والبلعوم ولأمراض العيون مشفى خاص وللتوليد ايضاً دار خاصة .

واثنتان من شعب الجراحة جيدتان واما الاخرييان فاقل جودة منهما لقدمهما . ولنذكر اننا في بلاد ليستر فرائحة الحمض الفيني منتشرة في كل مكان . والنتيجة ان مجموع هذه الدور يليق بالعاصمة. وقد استلفت نظري نموذج بناء المشافي في هذه البلاد الحارة اما العطلة الكبيرة – وهذا مايهتم له الجميع دائماً – فاربعة اشهر من نيسان الى تموز وهناك عطلات لا تجاوز الواحدة منها ٤ – ١٠ ايام خلال السنة الدراسية للاعياد الانـكليزية والهندية والاسلامية.

وقد استقبلت هنا ايضاً بحفاوة كبيرة وذهبت مسروراً من زيارتي آسفاً لعدم إمكاني اطالتها .

والآن ستمر امامنا بلاد غنية مروية متقنة الزرع هي بلاد الشركات الكبيرة التي اشتهر بها منذ القديم الانكليزي كليف والفرنسيون دوبليكس ولابوردوني وسوفرن . وقد ادت بنا سياسة الضعف الى ترك كل هذا كما تركنا كندا في اميركة،هذه عادتنا التي نتمشى عليها وهذه خطتنا اما الانكليز فقد لبثوا فيها كما هي عادتهم .

ومدراس مدينة كبيرة ايضاً مبنية بحسب الفن الحديث على شاطىء البحر فيها كنائس قديمة ومعابد هندية لا يسمح بزيارتها الا انني حظيت بمصادفة آنسة محامية هندية غضب قومها عليها وعلى اسرتها لانها خرجت على تقاليدهم بدرسها وامتهانها المحاماة ولان اسرتها سمحت لها بذلك فبفضل المحاماة تمكنت من الصعود الى سطح دار هذه الآنسة ومن القاء نظرة عجلى على الامكنة المقدسة ولكني لم اهتد مع ذلك.والمدينة الهندية هي كما في كل مكان فهي تبدو لنظر الغريب وقد غشاها الغبار وانبعثت منها رائحة كريهة . اما المدينة الاوروبية فمؤلفة من ابنية حديثة جميلة مبنية بحسب فن البلاد منها مشفى كبير مع معهد للطب وجامعة جميلة ومقام الجمعية الدينية العامة حيث يجتمع اقطاب جميع الأديان ومعرض للاسماك فيه منها ضروب غريبة

وفي مدينة مادورا العاصمة الازلية الدينية لجنوب الهند الهيكل الوحيد الذي يستطيع البيض دخوله وهو الباجود الكبير او المعبد المخصص لسيوه: معبد كبير فيه قاعات عديدة وآلاف من العمد المنقوشة ، وبحرات ماؤها آسن اخضر وآلهة عديدة من ذهب او فضة تسقى بالسمن المذوب . وقد قلدنا الرهبان اطواقاً من الزهر مقابل بضع روبيات تركناها لهم الا ان

رائحة هذه الازهار تضاءلت واختفت امام رائحة الجمهور الكريهة ورائحة الاقذار والدكاكين في اروقة الهيكل . وخرجنا من المعبد وانفسنا متقززة رغم عظمته وجماله لو كان نظيفاً ، هذا ما كان عليه هيكل سليمان قبل ان طرد يسوع المسيح الباعة منه وهكذا كانت ايضاً هياكل مصر وبعلبك لو كانت بقيت حتى الان. الى هنا انتهى التجوال في الهند (١٠ اذار سنة ١٩٣٦)

تركنا ادارة الحجر الصحي التي لم يكن عبئها علينا ثقيلًا واستقللنا القطار الى السفينة التي اوصلتنا في ساعتين الى سيلان هذه الجزيرة التي تغنى بجمالها الكتاب وحيث تكرم حتى الآن، وقد احاط بها اطار من الخضرة، ترقوة بوذا في « انورادابورا» وسنه في كاندي. ولقد فهمت الان لماذا وجد الفلاسفة منذ الفي سنة ملجأ لتأملاتهم فيها : فهناك ، غابات المطاط والهياكل الخربة وقد احتفظت بجمالها ونظافتها والفيلة والحجارة الكريمة التي يتنازعها الامير كيون باسمار بخسة وكاندي وكولومبو والجنان السيلانية والخ . .

اراني اطلت البحث فعلي ان اقطع حديثي فانا الآن في طريقي الى بارنغ (Perrang) باب البلد الاصغر . لقد رأيت من الهند ما كفاني لمعرفتها حق المعرفة وفهم ما اقرأه عنها في كتب الادب التي أملتها المخيلة على من زارها وتعمق فيها على قوله اكثر مني ولست اعلم ما اذا كان كل من كتب عن الهند رآها احسن مني ونظر اليها بغير العين التي رأيتها بها .

فالكتاب يدعوهم المهارجة فيرون عظمة القصور التي فتحت لهم ابوابها بضع ساعات وترف الموائد وقد ازدانت بانواع المآكل الشهية الغالية والفيلة وقد رصعت بالحجارة الكريمة ويحضرون حفلات الصيد الجميلة وبالاختصار

فان رب القصر العظيم يبذل جهده لكسب اعجابهم في اثناء اقامتهم . اما السائح فيرى عن كثب حياة الشعب وحياة العامل البائسة ويشاهد رجل الشارع وفلاح الرز ويستنشق الغبار ويختلط بالفقراء التعسين فيفهم حق الفهم سبب المجاعات والهيضات ويلاحظ في وسط هذه الفئة المتعصب من الشعب الملطخ بالرماد. ان هذه البلاد ليست في الحقيقة بلاد الابتسامة .

اما الرقص فقد رأينا منه في دارجلين في حفلات اقامها كوك رقص التيبيت وفي راندي رقص سيلان . اما النمر فلم نره الا في حدائق الحيوانات وقد رأينا الفيلة حرة في جزيرة سيلان حيث يستخدمونها للاعمال الشاقة .

لا اعتقد ان قصور الفن الهندي الحديثة ذات المساحات الصغيرة والابواب المغلقة التي تشاهد احياناً في الأرياف تفوق بجمالها الهندسي جمال قصور المغول القديمة المستوحاة من الفن الاسلامي ويلذ للذي عرف المساجد القديمة في دمشق ومراكش والاندلس والاستانة والقاهرة ان يرى آيات الفن العربي القديم تتجلى مجدداً وبصورة اجمل في القرن السابع عشر .

اما الفن الهندي فلم يرق لي حتى في عصره الذهبي وقد تجلت فيه تلك الاشباح السمجة الملتوية المشوهة .

وما عساني ان اصف ايضاً مما لم يكتب ويعلن لمن لم يزر الشرق؟ أأصف الملابس الهندية وقد طرزت بما يسحر العين ويسترعي الابصار ام تلك العجلات ذات الدولابين التي لم تنفرد بها البلاد الصفر ، ام تلك العربات التي تجرها الثيران القوية فلم يتبدل شكلها منذ غزوات التيبات الاولى ، ام اولئك المشعوذين اللبقين ، ام حواة الناشر (الكوبرا) ام حرب الافعى

في منعطفات الطرق ، ام لعاب اشجار الفلفل الاحمر وقد لطخ الارصفة في كل مكان ، ام ذلك الخشوع الذي يعلو وجوه القوم وهم لا يفترون عن التأمل في العالم الثاني ، ام اكتساء شرطة السير الحلل البيض وحملهم مظلات ثبتت قبضاتها بصدورهم ليتقوا بها حرارة الشمس المحرقة ؟

والقطارات مريحة ومعدة للأسفار الليلية . فلكل غرفة حمامها ومنضحتها الخاصة حتى ان المسافر يستطيع ان يتخلص من الغبار الذي يغشاه عدة مرات في اليوم

وعليّ ان اذكر ايضاً الفرق العظيم بين المدنية الاوربية الحديثة (بانديتها وملاعبها ولا سيما ملاعب الغولف) وبين المدنية الهندية وحري بيلاد تزدحم فيها جماعات لا يعتنون بالنظافة والصحة ان تكون مياهها شديدة التلوث في كل مكان وعلى هذا فالسياحة في بلاد الهند ليست استشفاء بمياه افيان (Evian) التي نستعملها في جميع حاجاتنا

واخيراً لا اعلم اذا كان الاطباء الهنود الذين تعلموا القواعد الانكليزية يراعون القواعد الفنية مدة طويلة بعد عودتهم الى حياتهم العملية في الأوساط التي نشأوا فيها . فان قراءة بعض الأرمات التي صادفتها عفواً في اثناء تجوالي (معالجة القيلة المائية والنواسير بالكهرباء بلا ألم ، دار المعالجة بالمراسلة بدون مشرط ولا حقن جلدية الخ . . .) تجعلني اعتقد ان العامة في مدن الهند الكبيرة كما في دمشق تفضل معسول الكلام الفارغ على المشرط الشافي

هذه هي الملاحظات التي دونتها لقراء هذه المجلة في اثناء زيارتي لبعض الامكنة ذات الشأن من الهند البريطانية

❀❀❀

كتب جديدة

الامراض الباطنة ، الجزء الثاني

لمؤلفه العليم حسني سبح استاذ الامراض والسريريات الباطنة في معهد الطب

ذكرنا في الجزء الرابع من سنة هذه المجلة العاشرة الصادر في تشرين الاول من السنة ١٩٣٥ تقريظاً للجزء الاول من علم الامراض الباطنة . ولم تكد تمرّ سنة حتى طلع علينا زميلنا النشيط الاستاذ سبح بجزئه الثاني الذي يبحث في الامراض الانتانية والطفيلية . ومتى عرفنا ان هذا السفر البديع يقع في زهاء الف صفحة ادركنا الهمة التي لا تعرف الكلل والعناء الجزيل الذي كابده المؤلف في اصدار جزئه الضخم مع ما هو ملقى على عاتقه من الاعمال الكبيرة في المعهد وخارجه .

ربما مرّ القارىء بصدور هذا الكتاب مروره بالمؤلفات الادبية الاخرى التي تلفظها المطابع في كل يوم مع ان للكتب العلمية صفة خاصة تمتاز بها فهي الأسّ المتين للاستقلال الثقافي وهي الامل الوحيد في تحرير اللغة من القيود الاجنبية الثقيلة التي ترصف بها قدماها. ان الشعوب لا تستقل استقلالاً سياسياً اذا لم تستقل استقلالاً ثقافياً والاستقلال الثقافي لا يتحقق الا بوضع المؤلفات العلمية التي يرجع اليها ابناء اللغة في مطالعاتهم وما زال ابناؤنا محتاجين في ثقافتهم الى اللغات الاجنبية وما زالت خزائن كتبنا فقيرة بالمؤلفات العلمية فان استقلالنا وهمي متقلقل . ان الفرنسي والالماني والانكليزي وغيرهم مستقلون الاستقلال الحقيقي لان كلاً منهم اذا لم يتعلم سوى لغته تمكن من

تثقيف عقله التثقيف الكافي غير محتاج الى تعلم لغة سواه فلا يكاد يظهر اكتشاف او يستنبط اختراع في قطر من العالم حتى ينقل الى لغته فيتلقنه بها ويقف على اسراره كما لو قرأه بلغة مكتشفه. ولغتنا العلمية ان لم تبلغ هذا المستوى ولم تغنِ ابناءها بما يضعه علماؤها من المؤلفات في العلوم المختلفة لا تدرك استقلالها المنشود واذا لم تبلغ استقلالها كان ابناؤها انفسهم مقيدين بعيدين عن الاستقلال الذي ينشدون . ولست اعدُّ المصري ولا العراقي ولا الحجازي ولا اليمني ولا السوري في هذه الاقطار العربية العزيزة مستقلًا ما زالت لغته لم تستقل وما زال ابناء هذه الاقطار يلجأون في ثقافتهم الى لغات الغرب ومتى اصبح المصري الذي لم يتعلم الا اللغة العربية يستطيع ان يثقف عقله بمختلف العلوم ويماثل الانكليزي في ثقافته حينئذٍ وحينئذٍ فقط اهنىء ذلك المصري باستقلاله ومتى اصبح الطبيب السوري يدبج المقالات ويلقي المحاضرات ويشرح المستحدثات الطبية بلغته القحطانية وهو لم يتعلم سواها اقرُّ واعترف بان سورية قد استقلت وبان السوري قد تحرر. ولست اعني بذلك ان العربي يحسن عملًا اذا لم يتعلم اللغات الاجنبية بل انني ممن يعتقدون ان كل لسان بانسانين لا بانسان واحد بل اعني ان العربي الذي لم يتيسر له ان يتعلم لغات الغرب لا يجوز ان تنحط سوية علمه عن سوية ابن وطنه الذي تعلم لغة او لغتين اجنبيتين لانه لم يجد في لغته موارد تلك العلوم . ان هذا العصر الذهبي الذي كان لنا ومرَّ لن نستعيده بتلك السهولة التي نتوهمها واذا شئت ايها القارىء العزيز ان تعلم الصراط الموصل اليه فهو الطريق الذي سلكه زميلنا الاستاذ سبح ومن نسج على منواله من اساتذة

معهدنا الطبي من الاستاذ الخياط الى الخاني الى الشطي الى العائدي الى الكواكبي الى الطباع الى سواهم. ان تلك الاقلام التي تحركها انامل هولاء الاساتذة في تلك الليالي السود هي الادوات التي تعمل على تحرير الامة التحرير الحقيقي واذا كنا نرغب في اعطاء كل ذي حقه ولا نغمط فضل من احسن عملاً كان علينا ان نجاهر ونقول ان الجامعة السورية بمعهديها عملت على تحرير البلاد الثقافي عملاً لا تقل قيمته عن عمل الساسة في تحريرها السياسي . فاليك يا زميلي الفاضل النشيط اوجه تهنئتي الخالصة لاختيارك هذه الناحية المفيدة في خدمة بلادك واذا كان لي ما اقول في كتابك النفيس فمالي الا ان اجهر بعبقريتك ونشاطك وتفانيك وسهرك المتواصل على الرغم من حداثة سنك .

ولكني الفت نظرك الى ان طريق الاستقلال الثقافي ذو شقين فاذا كنت وصحبك قد سلكتم الشق الاول فعلى الامة العربية ان تسلك الشق الثاني والا كان استقلالها مبتوراً فاذا ما ألفتم الكتب العلمية وانشأتم المجلات الطبية واغنيتم العالم العربي بالنشريات وظلت الامة العربية معرضة عن هذه المؤلفات والصحف لم يكن عملكم لابناء هذا الجيل بل للجيل الذي يأتي بعده اذ ينتبه القوم الى ان الاستقلال الثقافي لا يقوم الا باقبال الامة على ماتنتجه عقول ابنائها خذ مثالاً يا زميلي الفاضل كتابك «الامراض الباطنة» الذي طبعت منه بضع مئات من النسخ فاذا كان مطالعوه تلامذتك واصدقاءك فقط الذين اقتنوه اضطراراً لاجتياز امتحاناتهم او مجاملة لك او لانه اهدي اليهم وظل الوف اطباء العرب المنتشرين في انحاء البلاد العربية لا يعرفون

اسمه او اذا عرفوه ظلوا معرضين عنه اصبح كتابك بعد عشر من السنوات من الآثار القديمة ولم تستطع اعادة طبعه وادخال المستحدثات فيه وكان الاستقلال الثقافي في واد وامتك في واد آخر ولكن اذا اقبل زملاؤك العرب على تاليف العرب في تونس والجزائر ومصر وطرابلس الغرب والحجاز واليمن والعراق وسورية وفلسطين وغيرها من الاقطار العربية لا بل اقول اكثر من هذا اذا ما اقبل الناطقون بالضاد وهم كثر في العالم اقبالنا نحن الذين تعلمنا لغات الغرب على المؤلفات التي يصدرها ابناء الغرب بشر حينئذٍ الامة العربية باستقلال ثقافي راهن لانك تستطيع ويستطيع من حذا حذوك ان يدخل في ما وضع ما جدّ من المستحدثات في العلم الذي الف فيه فلا يكاد الكتاب يعلن عنه حتى تنفد نسخه شأن الكتب الاعجمية في العالم

اننا نرجو لهذا الفجر من منبلج ولكن الظلام لا يزال مخيماً علينا وضارباً اطنابه بيننا واذا لم تتنبه هذه العاطفة في البلاد العربية جمعاء فلا امل يرجى بارتباط ابناء العرب في مختلف البلاد العربية لان الثقافة الواحدة هي الرباط الذي يجعل القلوب واحدة والعقول واحدة ولكن ما زال المصري مكتفياً بمؤلفات ابناء قطره والعراقي ناظراً الى سماء مملكته فقط فقل على الوحدة العربية السلام

وبعد هذه المقدمة التي طالت ولكنها واجبة على ما ارى في مطلع هذا العهد الجديد ليسمح لي القارىء بذكر ما تضمنه هذا المؤلف النفيس من الابحاث فهو يشتمل على بحث اجمالي في الامراض الانتانية والطفيلية وبحث ثانٍ في انتانات الدم وبحث ثالث في الحميات الاندفاعية وبحث رابع في الامراض

الانتانية المحدثة بالحمات الراشحة والعوامل المجهولة، وبحث خامس في الامراض الانتانية بالجراثيم المعلومة وبحث سادس واخير في الامراض الطفيلية

وقد رتب الكتاب ترتيباً حسناً وطبع طبعاً متقناً في مطبعة الجامعة السورية واننا نغتنم هذه الفرصة لابداء اعجابنا بمهارة مدير المطبعة المذكورة السيد رشاد الداودي واتقانه للعمل وزف تهنئتنا اليه والى عملته النشطاء بما يبدون من المهارة التي تهون على المؤلفين صعوبة التأليف ، وورقه صقيل وقد زين باثنين واربعين رسماً والحق به فهرسان احدهما مرتب على حروف المعجم ومعجمان للمصطلحات الواردة في هذا الجزء احدهما فرنسي عربي والثاني عربي فرنسي . وذكرت فيه المستحدثات التي لم تنشر بعد حتى في مؤلفات الغرب الحديثة وفصلت فيه الامراض الاقليمية في سورية وفي الجملة فالكتاب قلادة ثمينة يجدر بكل طبيب عربي بل بكل مشتغل في المصطلحات العلمية ان يقلّد به عنق خزانة كتبه .

وقد ينسب القارىء الغلو اليّ بعد ان يقرأ ما كتبت ولا سيما بعد ان يرى هذا التقريظ وقد بدت فيه الحسنات مجسمة جلية ولم تذكر فيه النواقص ويقول في نفسه أقد بلغ هذا المؤلف درجة من الكمال سامية بل الكمال نفسه حتى خلا من هفوة واحدة كان يليق بالمقرظ ان يبديها ليبرر ما جاء في تقريظه ؟ ان هذه الملاحظة لا تخلو من السداد فليس من كمال في الانسان نفسه ليكون عمله كاملًا ولكن الهفوات التي لا يخلو منها مؤلف في العالم لا تنقص قيمة هذا العمل العظيم بل لعل هذه الهفوات اللغوية والاصطلاحية التي وردت فيه هي اخطاء عند البعض وصواب عند الآخرين مرشد خاطر

جاءتنا هذه الكلمة من زميل اديب وصديق حميم نظر الينا بمجهر صفاته الحميدة فبدت له نواقصنا خلالاً وقد رجونا من حضرة الاستاذ ان يعفينا من نشر هذا التقريظ في مجلة قمنا على رأس انشائها فلم يقبل رجاءنا فنزولاً عند ارادته ننشر ما أملته عليه نفسه الكريمة شاكرين له حسن ظنه بنا

رئيس الانشاء

الجزء الاول من كتاب الأمراض الجراحية

تأليف الدكتور مرشد خاطر

استاذ السريريات والأمراض الجراحية في معهد الطب
وعضو المجمع العلمي العربي بدمشق

مسكت القلم لأكتب كلمة عن هذا الكتاب النفيس ظاناً ان يراعتي ستسود الصفحات الكثيرة لما عرفته في مؤلف هذا الكتاب من علم جم وادب بليغ وفضل عظيم واثر كبير في خدمة لغة الطب العربية ولما تحلّى به من الصفات السامية خاصة واني كنت للاستاذ الفاضل في المعهد الطبي تلميذاً ثم رافقته في المستشفى طبيباً داخلياً ثم قصدت الى اوربة فعدت منها واصبحت زميلاً له بعد مدة وجيزة ثم شاركته في الترجمة والتأليف فجمع ذلك فيّ وصفين متناقضين عزيزين علي اذ عدت تلميذه بعد ان اقرّ المجلس زمالتي له. غير اني اذا كنت في العهد الاول تلميذاً له في الطب فقد اصبحت في عهدي الثاني عهد الزمالة تلميذاً له في اللغة. فلا غرو وقد رغبت في تقريظ كتابه ان مرت في مخيلتي تلك الذكريات الكثيرة وخيل اليّ انها ستملي عليّ الصفحات وانه لا بد لي من كبح جماح قلمي لئلا يسترسل في الكتابة فيطول الشرح. الا

اني خلافاً لما كنت اظن تبصرت في تلك الذكريات العزيزة وفي الكتاب الذي امامي فاصبحت كالوليد المشدوه الذي اذا ما ابصرت عيناه نور هـذا العالم بعد تلك الظلمة الحالكة التي تخلّق فيها خفت صوته وركدت حنجرته وبقي حائراً مدهوشاً مدة من الزمن حتى اذا عاوده السكون صرخ صرخته الاولى فكانت صيحة مبهمة لا تكفي للتعبير عما يدور في خلده ولكنه لا يستطيع الاتيان بغيرها لعظمة ما ترى باصرتاه . أجل لقد كان شأني في تقريظ هذا الكتاب شأن ذلك الوليد الحائر فاذا لم أفِ المقام حقـه فليس الذنب ذنبي ولكنه ذنب الدهشة التي ساورتني حينما رأيت الكمال .

حقق الاستاذ مرشد وزملاؤه ما كان يظن حلماً وما عده بعضهم ضرباً من ضروب المستحيل . نامت لغة الضاد عن العلم قروناً ثم استيقظت بعض اليقظة في معهد القاهرة الطبي ففي جامعة بيروت الاميركية ولم تطل يقظتها بل كانت يقظة مسبوت عاد الى غطيطه بعد ان منعت عنه المنعشات التي اسعف بها فلا جامعة القاهرة ولا الجامعة الاميركية ثبتتا في انهاض اللغة العربية وترقيتها بل رأت الواحدة بعد الاخرى ان تعليم الطب وفروعه بلغة الضاد خيال لا يستطاع تحقيقه . فاذا كان لجامعة بيروت عذرها لان اساتذتها اعاجم فليس للجامعـة المصرية اي عذر ظاهر لانه كان في وسعها مواصلة جهودها ورفع عَلَم اللغة العربية عليها كيف لا وفي مصر من علماء العرب من يسحرون العقول بفيض بيانهم ومن انصار اللغة من يعدون حجة فيها ولعل للسياسة الاثر الكبير في قلب لغة التدريس من العربية الى الانكليزية في معهد القاهرة فاعلنت بذلك مصر عجزها عن تعليم الطب باللغة القحطانية ولكن رجاءنا في عهد مصر الجديد وتحت

رعاية مليكها المعظم جلالة فاروق الأول وإبان رئاسة زعيمها المحبوب النحاس باشا ان تعيد الجامعة المصرية سيرتها الاولى وان تبدل اللغة الانكليزية باللغة العربية

اسست الجامعة السورية وكان الأحرى ان تسمى الجامعة العربية فلم تجار جامعتي مصر وبيروت ورأت ان اللغة العربية مرنة وغنية تصلح لتعليم الطب والعلوم وانها كانت لغة العلم المشعة في العصرين الأموي والعباسي فمنها اقتبس الغرب علومه وعليها بنى اسس حضارته العلمية الحاضرة وان لغةً هذا شأنها ترك ابناؤها في دور كتب العالم المؤلفات الناطقة بطول باعهم في مختلف العلوم لا تعجز اذا ما اعتراها داء عارض فأفقدها حقبة من الدهر عن استعادة صحتها وفيها كل عناصر النمو والحياة .

هذا كان رأي الاستاذ مرشد بك خاطر ابن العربية البار فلم يعرض عنها بل رأى ان اثداءها التي انضبها الترك من جراء الإهمال تعود الى درها اذا ما تعهدها ابناؤها ببعض العناية فتطوع لخدمتها وكان فعالاً في ما انتدب نفسه له واخذه بحذافيره فترأس تحرير مجلة المعهد الطبي واظهرها في حلة قشيبة وغذاها بعلمه ولغته فوضع عدداً كبيراً من المصطلحات ونحت كثيراً من الكلمات التي لا يسعنا ذكرها لكثرتها فانها اذا اجمعت كانت معجماً كبيراً نفيساً .

هذا واذا كان الفضل في تشييد دعائم الجامعة وتثبيتها وايصالها الى مستوى عال كما شهد بذلك كبار علماء الغرب يرجع الى جهود فذ كبير وعالم فاضل رعاها بعنايته وتعهدها بخبرته وهيأ لها السبل لتقوم بواجبها في نشر الثقافة العربية فجهزها بمطبعة كاملة انتقى لها طباعاً وصفافين ممتازين فاخرجت

في مدة وجيزة كتباً قيمة تمتاز بغزارة مادتها العلمية وفضل مؤلفيها وبحسن طبعها فساعدت على سد ثلمة كبيرة في خزائن الكتب العربية واعني بذلك الرجل رجل العلم والعمل الاستاذ رضا بك سعيد فان الفضل في نفخ لغة الطب بروح جديدة وتبوئها اليوم مقاماً رفيعاً في العالم الطبي العربي يرتد الى استاذنا الكبير حامل الوية المبضع واليراعة والأدب والعلم واللغة الدكتور مرشد خاطر ومما لا شك فيه ان الاستاذين الفاضلين حمدي بك الخياط وجميل بك الخاني قد ساهما في هذا المضمار بقسط كبير . وقد مهد هؤلاء العلماء الافاضل السبل امام كتلة من الشباب تواقة الى العلى سارت متتبعة خطاهم مسترشدة بآرائهم فوضع افرادها كتباً كثيرة واشتركوا في هذه النهضة المباركة .

عشق الاستاذ مرشد بك اللغة منذ نعومة اظفاره فبرع في الكتابة وابدع في الخطابة ونظم الشعر وله قصائد نفيسة طواها زمن الصبا واشرف على مجلة المعهد الطبي سنين طويلة فبعث بها الى العالم العربي تحفة رائعة تعد من احسن المجلات الطبية ترتيباً وتبويباً واقواها لغة وعلماً وساهم في تأليف كتب كثيرة فكانت له اليد الطولى في اظهارها كاملة جزيلة النفع وقد ألف اخيراً كتاباً في موضوع عاناه اكثر من ربع قرن ومهد له السبل منذ ذلك الحين وبديهي ان يكون الكتاب كاملاً لا يضارعه كتاب عربي آخر في هذا الموضوع وان يفوق كثيراً من الكتب الغربية بما حواه بين دفتيه وفي طيات صفحاته .

جرت العادة ان يبين المقرظ حسنات الكتاب ونقائصه اما حسناته فلا

تعد لانه كامل بكل ما في كلمة الكمال من معنى يفوق كثيراً من الكتب الفرنجية ويعادل احسنها واما نقائصه فلا ارى لها أثراً اللهم الا بعض الخطيئات المطبعية التي لا يمكن ان يخلو منها كتاب . واذا كنت ارى الكمال في الكتاب لما اودعه فيه مؤلفه من علم ولغة فارى التقصير يكتنف تقريظي من كل جانب فلم أؤد الكتاب حقه من الوصف لان وصف اعمال العبقريين وما تنتجه قرائحهم ليس سهلاً كما قد يتخيل الى الباحث . والمؤلف الذي نحن بصدده عبقري في عروبته وعلمه ولغته وادبه وآدابه فليس عجيباً على من تحلى بهذه الصفات ان ينتج هذا النتاج الرائع .

هذا وعلى من يرى في كلامي شططاً او في بياني غلواً ان ينقض ما اقول لنهديه الى الصواب ضالة كل بحاث عليم

الدكتور

شوكت موفق الشطي

❀❀❀

الجزء ٧ المجلد ١١

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٧ م الموافق لشوال سنة ١٣٥٥ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ١٠ تشرين الثاني سنة ١٩٣٦

تليت التقارير التالية :

١ً — العليم بشير العظمه : ذات الجنب المفيدة في سياق الريح الصدرية الاصطناعية : ان ذات الجنب الفورية او المحدثة بحسب طريقة تريبوله بعد الريح الصدرية لم يكن منها اقل ضرر بل انها على العكس حسنت الآفات الصدرية . وتعليل ذلك ان في السائل المنصب عناصر مضادة للسل اذا ما امتصها البدن انتفع بها .

المناقشة : ترابو

٢ً — العليمان حسني سبح ومرشد خاطر : كيس دموي في الطحال ، استئصال الطحال ، شفاء : امرأة كان طحالها ضخماً وهاجراً فاصابها رض خفيف عليه

فتكون فيه بعد خمسة اشهر كيس دموي استدعى الاستئصال فاعتراها بعد العملية سبات خفيف لم يستطع تعليله لان الحموضة لم تبدُ في دمها وقد عولجت بالانسولين فشفيت .

المناقشة : ترابو ، خاطر ، سوليه ، سبح ، ترابو

٣ً — العليم لاكومب ، حادثة من داء هيرشبرنغ : هي حادثة جندي مصاب بقبض مزمن وفي سوابقه الشخصية التهاب صفاق (باريطون) بدا في حداثته فعزي قبضه الى التصاقات ولجم ناجمة من ذلك الالتهاب . غير ان معاينة كهربية بعد حقنةشرجية ظليلة كشفت فيه قولوناً جسيماً للغاية لم تكشفه الفحوص السابقة .

المناقشة : ترابو ، خاطر

٤ً — العليم انستاس شاهين : سلعة (goitre) كبيرة في يافع : هي سلعة جسيمة بدأت في السنة التاسعة وبلغ وزنها في السنة السادسة عشرة كيلواً ونصف ولم ترافقها اضطرابات دالة على قصور الدرق . استؤصلت ، وشفيت واثبت فحصها النسيجي انها سلعة نظيرة الغراء

المناقشة : ترابو

ذات الجنب المفيدة في الريح الصدرية الصناعية

للعليم بشير العظمه

لا يزال ظهور ذات الجنب بكثرة بعد الريح الصدرية الصناعية محوراً تدور عليه الانتقادات التي توجه الى الريح الصدرية الصناعية فهي تعدُّ في الغالب وخيمة الانذار مع انها قد تكون اذا ما ظهرت في اثناء الريح الصدرية الصناعية سليمة الانذار ووسيلة لندب آفات في الرئة لم تتمكن الريح الصدرية وحدها قبل ظهور ذات الجنب من وقف سيرها كما يظهر من المشاهدات الاربع التي اتشرف بتقديمها اليكم .

ظهرت ذات الجنب في ٢٢ مريضاً من ٣٢ عولجوا في مستوصف الصليب الاحمر الفرنسي في دمشق خلال السنة الماضية . وكان السائل في ثمانية عشر منهم قليلاً كشفه الفحص الشعاعي الذي كنا نجريه بانتظام ولم ترافق عوارض عامة هذا الانصباب .

وكان الانسكاب في الاربعة الباقين غزيراً فاتبعته فيهم وقد رافقتها عراض عامة شديدة ولا سيما الحمى وانتهى بعد ثلاثة الى اربعة اسابيع بحران ذات الرئة مع (عرق غزير وبوالة) وهبطت الحرارة الى الدرجة الطبيعية وتنبه الاشتهاء وزالت جميع الاعراض التي كان يشكوها المريض قبل ذات جنبه : السعال والالم. وغار السائل وازداد وزن المريض واليكم مختصر المشاهدات الاربع :

المشاهدة الاولى : المدعو ب . ف . عمره ٢٢ سنة مصاب بآفة درنية

متكهفة في الفص السفلي الايسر ، عالجه بعض الاطباء ستة اشهر ازحار موهم كان يشكوه واهملت آفته الرئوية التي كانت في الواقع مصدر التهاب المعى السلي وقد اثبت الفحص الجرثومي عصية كوخ في البراز .

اجريت الريح الصدرية التامة له في ٢٠ حزيران سنة ١٩٣٦ ولكنني لم اتوصل الى اطباق جدر الكهف الذي بقي بحجم البرتقالة الصغيرة وظلت في قشع المريض عصية كوخ .

وفي ١٤ ايلول سنة ١٩٣٦ ظهر انصباب جنبي وحمى مرتفعة بين ٣٩° — ٤٠° طيلة ثلاثة اسابيع وعلى الرغم من الراحة التامة وحقن الوريد بـكلورور الـكلسيوم عادت الاعراض المعوية التي كانت اوقفتها الريح الصدرية الى الظهور : اسهال مدمى مع زحير .

وقد اضاع المريض من وزنه سبعة كيلو غرامات خلال ثلاثة اسابيع وانتابته اقياء بعد الطعام فاضطررت بعد ان ساءت حالة المريض العامة الى بزل جنبه وافراغ السائل منه تخفيفاً لعسر تنفسه بعد ان بلغت سوية السائل ذروة الرئة . استخرجت نحواً من ١٥٠٠ سم٣ من السائل المصلي الليفيني فهبطت حرارة المريض الى ٣٧° وتنبه اشتهاؤه ووقف اسهاله وخف سعاله وتقشمه معاً وبدا جذمور الرئة منخمصاً في جانب العمود الفقري وامحت الصورة الـكهفية التي كانت واضحة قبل ظهور ذات الجنب .

المشاهدة الثانية : المدعو د. ب. عمره ٢٥ سنة مصاب بآفة درنية متكهفة في الفص العلوي الايمن مع نفث دم غزير متكرر . اجريت له الريح الصدرية الصناعية في ١٥ نيسان سنة ١٩٣٦ فتحسنت الاعراض جميعها ووقف

النزف وازداد الوزن ولكننا لم نتمكن من اطباق جدر الكهف وبقيت في القشع عصية كوخ .

وقد شجعتني المشاهدة السابقة وتحسن المريض في عقب ظهور ذات الجنب فحقنت في الخلاء الجنبي ٥ سم٣ من الزيت الغومنولي بنسبة ٥ ./ بحسب اشارة تريبوله لتخريش غشاء الجنب فارتفعت حرارة المريض مساء ذلك اليوم وظهر الانصباب في الرتج الضلعي الحاجزي وظل يزداد وترتفع سويته حتى شوك الكتف والحرارة بين ٣٩° — ٤٠° .

وبعد ثمانية عشر يوماً من الحقن هبطت الحرارة فجأة وكان البحران ووقفت جميع الاعراض الرئوية فلا سعال ولا قشع وتنبه اشتهاء المريض وازداد وزنه عشرة كيلو غرامات في شهر واحد وزالت الصورة الكهفية التي لم تقوَ الريح الصدرية على محوها .

المشاهدة الثالثة : المدعو م . م عمره ١٣ سنة مصاب بارتشاح درني بين نقير الرئة اليسرى والترقوة اجريت له الريح الصدرية الصناعية في ١٤ اذار سنة ١٩٣٦ فتحسن المريض بعدها وزالت العصية من القشع في شهرين . غاب المريض عن المستوصف ثلاثة اشهر معتقداً انه شفي شفاء تاماً من آفته التي لم تندب وعاد اليه يشكو حمى وسعالاً وتقشعاً وظهر بالفحص الشعاعي كهف في قمة الرئة اليسرى واثر قليل من الريح الصدرية فجددت حقن الهواء فلم تحسن حال المريض ولم نستطع التغلب على الالتصاقات الحادثة واذا بالسائل يظهر في الجنب مع حمى عالية واعراض عامة ويزول ببحران بعد اربعة اسابيع وامحى بعده كهف الذروة وتقاربت اضلاع نصف الصدر وانحرف المنصف

الى جهة الآفة وقد كان التليف شديداً حتى انه خفض كتف المريض اليسرى وبدا فيه جنف جنبي المنشإ ووقفت جميع الاعراض الصدرية التي كان يشكوها .

المشاهدة الرابعة : المدعو س . أ . عمرها ٣٢ سنة مصابة بارتشاح رئوي درني تحت الترقوة اليسرى . اجريت لها الريح الصدرية في ٦ ايار سنة ١٩٣٦ فتحسنت الاعراض العامة ولم يقف سير الآفة الا بعد ان ظهر سائل في الجنب مع حرارة ٣٩° وغار من نفسه بعد شهرين في عقب بحران فتحسنت اذ ذاك الاعراض العامة والموضعية ووقف السعال والحمى وقوفاً تاماً .

. . . . .

ان ما ارغب في لفت نظركم اليه من المشاهدات الاربع الآنفة الذكر ان ذات الجنب التي تظهر مع الريح الصدرية ليس لها دور نقه فتى هبطت الحرارة الى الحد الطبيعي تعود حالة المريض العامة الى ما كانت عليه قبل ظهور السائل .

يعزى تأثير ذات الجنب المفيد في الريح الصدرية الصناعيـة احياناً الى التليف الصدري (fibrothorax) وتجـه آفات الرئة الى التليف في الغالب بعد ذات الجنب هذه ولكن علينا ان نقرّ ايضاً بفعل عامل حيوي خلطي يشبه حسن تأثيره في الآفات الرئوية ما يشاهد في القانون الحيوي القائل « ان ظهور استقرار عفني في سياق احدى العفونات العامة يشفيها او يحدد آفاتها » وهذا مماثل لفعل الخراج الاصطناعي الحسن في معالجة الحمى النفاسية وبعض العفونات .

. . . .

المناقشة ، العليم ترابو : لست اظن ان استقراراً سلياً جديداً شيء مفيد ، اما في ذات الجنب التالية للريح الصدرية فليس الامر استقراراً آخر بل ان الانصباب ينشأ في معظم الحالات من التخريش وهو مع نشأته على هذا الشكل يحتوي كانصباب ذات الجنب المصلية الليفينية السلية على عناصر مضادة للسل ذيفانات او سواها فاذا ما امتصها البدن خففت وطأة الآفات الواقعة تحتها . ولنتذكر طريقة في المعالجة كانت مستعملة منذ امدٍ قصير وهي حقن اللحمة بالسائل المنصب املًا بشفاء ذات الجنب .

كيس دموي في الطحال – استئصال الطحال – شفاء

للعليمين حسني سبح ومرشد خاطر

دخلت المريضة رحمة بنت محمد دياب من قرية زاكية وعمرها ٤٥ سنة شعبة الامراض الباطنة في المستشفى العام بدمشق في ١ آب سنة ٩٣٦ لورمٍ ظهر في مراقها اليسرى منذ خمسة اشهر في عقب رض طفيف على تلك الناحية لم تعبأ به حتى انها انكرته اولاً ثم اقرت به بعد السؤال عنه يرافقه ألم خفيف .

السوابق : ليس في سوابق المريضة ما يستحق الذكر سوى بعض نوبٍ من البرداء والشقيقة . وهي متزوجة منذ ٢٥ سنة وولدت ثمانية اولاد مات منهم ستة باعمار تختلف بين السنة الواحدة وخمس سنوات وبامراض تجهلها ولم تجهض المريضة ولا تعلم عن وفاة ابويها شيئاً .

المعاينة: بالنظر ورم بارز في المراق اليسرى بحجم رأس الطفل متجاوز

الخط المتوسط زهاء ثلاث اصابع ، وعلى جلد البطن ندبُ كيٍّ عولجت المريضة به ، وتنفزرات الحمل .

بالجس: الورم في البطن ، غير ملتصق بالجدار، متحرك يمنة ويسرة وحركته الى العالي والاسفل قليلة ، متصل جزؤه العلوي بذنب ممتد حتى الخاصرة اليسرى ويقدر عرضه بست اصابع ، وقوام الورم لين ومتموج تموجاً واضحاً وقليل الالم ،

بالقرع : خرس تام في ناحية الورم ، وغيبة الخرس في ناحية الطحال المعتادة .

المعاينة الشعاعية : لم يبدُ فيها ظل الطحال وقد بدا ظل الورم في الخاصرة جلياً

الاجهزة الاخرى : سالمة وليس فيها ما يستحق الذكر ، الحرارة طبيعية ، النبض ٨٠ ، التوتر الشرياني ٦ - ١١ بفاكز ، البول خال من العناصر المرضية

فحص الدم : الكريات الحمر ٣,٠٠٠,٠٠٠ ، الكريات البيض ٨٧٠٠

الصيغة الكروية : ٥٩ كثيرات النوى ، ١٤ وحيدات النواة الكبيرة ، ٢٧ لنفيات ، محبات الحامض غائبة . ارتكاس واسرمان سلبي

فاستناداً الى الاعراض السريرية وصفات الورم وغيبة الخرس من الناحية الطحالية وغيبة ظل هذا العضو بالمعاينة الشعاعيـة رجحنا ان الورم مقره الطحال الهاجر واستناداً الى تموج الورم تأكدنا انه مائع غير ان فحص الدم قد نفى كونه خراجاً او كيساً مائياً ولهـذا نقلت المريضة الى شعبة الجراحة حيث فتح بطنها في اليوم السابع من آب سنة ١٩٣٦ .

العملية : شق البطن على الخط المتوسط فوق السرة وتحتها فبدا ورم كبير غير ملتصق بالصفاق وبالاحشاء المجاورة متموج القوام فافرغ محتواه تسهيلاً

للاستقصاء بالماصة الكهربية فخرج منه زهاء ليتر من مائع مسود اللون تبين من معاينته المجهرية انه دم قديم متبدل ولم تكشف فيه جراثيم. وبعد افراغه والاستقصاء في مجاوراته تبين انه عالق بالطحال او بالاحرى انه جزء منه وان الطحال ضخم فاستؤصل الطحال بسهولة بعد ان استخرج الى خارج البطن وربط نقيره دون ما حاجة الى شق آخر منحرف. ثم اغلق جدار البطن طبقة واحدة بخيوط شبه (بروتز) وبدا لنا من فحص القطعة الجراحية المستخرجة ان جدار الكيس لم يكن الا محفظة الطحال وان نسيجه في جوار الكيس كان متبدلاً متصلباً بيد انه كان سليماً في اقسامه الاخرى.

توابع العملية: ارتفعت الحرارة الى ٣٨،٥ في اليوم الثاني والى ٣٨،٨ في مساء اليوم الثالث والى ٣٩،٥ في مساء اليوم الرابع واعترت المريضة حالة نعاس وسبات خفيف ففحص دمها لتحري المصورات الدموية فكان سلبياً وحلل بولها لتحري السكر والخلون والاجسام الحامضية فيه فكانت سلبية ايضاً. وعلى الرغم من ذلك حقنت المريضة بالانسولين ثلاثة ايام متواصلة فزالت حالة سباتها واخذت حرارتها بالانخفاض الى ان عادت طبيعية في اليوم السابع عشر من العملية.

اما جرحها فقد اندمل بالمقصد الاول ونزعت الخيوط في اليوم الثالث عشر وتركت المريضة المستشفى بعد ان شفيت في ١٣ ايلول سنة ١٩٣٦

نستنتج من هذه المشاهدة النتائج التالية:

١ً ان كيساً دموياً قد تكوّن في الطحال على الرغم من خفة الرض الذي احدثه ولعلّ ضخامة الطحال وهبوطه قد سهلا اصابته.

٢ً — ان الكيس قد تكوّن ولم يبدُ ارتكاس صفاقي مع ان الآفة خطرة فسلامة المحفظة قد وقت الصفاق .

٣ً — ان حالة سبات خفيف قد بدت في المريضة وقد شهدنا هذه الحالة نفسها في مريضين استؤصل طحالاهما ولم نستطع تعليل هذا العارض مع ان الدم كان خالياً من الحلون ولم تكن في البول اجسام حامضية ولا سكر .

المناقشة : العليم ترابو : لا ينكر ان ضخامة الطحال وهجرته سهلت تكوُّن الكيس الدموي فيه ولكن لا ننسين هشاشة (fragilité) الاطحلة البردائية كبيرة كانت او صغيرة . فان منها ما لا يكاد يكون ضخماً وينشق لرض خفيف يطرأ عليه . والرض في هذه المشاهدة كان على ما يرجح طفيفاً حتى انه لم يحدث الاّ ورماً دموياً مستبطناً للمحفظة لانه لو كان اشدّ لكان مزق الطحال .

العليم خاطر : كيف يستطاع تعليل السبات الخفيف ولم تبدُ حموضة في الدم .

العليم سبح : كان يجب ان يعاير الاحتياط القلوي في الدم لانه قد لا تكون حموضة بولية وتكون حموضة دموية

العليم ترابو : لكي تحدث الحموضة سباتاً لا بدّ لها من ان تكون دموية وبولية معاً وحالة السبات الخفيف في هذه الحادثة سرٌّ لا يستطاع كشفه .

حادثة من داء هيرشبرنغ

للعليم لاكومب من المستشفى العسكري بدمشق

ان المدعو برانرانه البالغ من العمر ستاً وعشرين سنة دخل المستشفى العسكري في دمشق في ٢ ايلول سنة ١٩٣٦ بتشخيص : « تناذر انسداد معوي خفيف متقطع سببه جسامة القولون »

السوابق الارثية : ابوه حسن الصحة ، امه توفيت بالتهاب الدماغ النومي سنة ١٩٢٦ ، له اخ صحته جيدة

السوابق الشخصية : التهاب القصبات في سنته الحادية عشرة ، التهاب الصفاق (الباريطون) الرضي في سنته الرابعة عشرة ؟ ولم يصب بعدها بمرض حتى بدء خدمته العسكرية . بعد دخوله باسبوعين أصيب باحتقان الرئة فعولج في بوردو من شباط حتى نيسان سنة ١٩٢٩ واعفي من الخدمة موقتاً بعد خروجه من المستشفى ثم اعفي اعفاء تاماً في آذار سنة ١٩٣٢ بسبب عقابيل احتقانه الرئوي . وعاد الى الجندية في ايلول ١٩٣٤ على الرغم من سوابقه فدخل المستشفى في مرسيلية في كانون الثاني سنة ١٩٣٥ لبواسير مؤلمة حيث عولج بالحقن المصلبة (صفصافات السوده) اما تشخيص آفته الحاضرة فقد كشف في هذه المدة المتأخرة فبعد وصوله الى الشرق في حزيران سنة ١٩٣٦ ارسل الى تدمر حيث ساءت صحته مرات ثم بعث به الى مستشفى دمشق في ٢ ايلول سنة ١٩٣٦ بالتشخيص الآنف الذكر وبحالة عامة سيئة

الاعراض حين دخوله : حالته العامة متوسطة ، وزنه ٦٨٫٨٠٠ كيلواً

قامته ١,٧٤ متر . يشكو المريض تعباً عاماً وقد اصيب بعد دخوله المستشفى بحمى الايام الثلاثة . عولج في الاسابيع الاولى بالملينات (زيت الخروع ، زيت البارافين) وهو الآن لا يشكو ألماً غير انه يقول انه يصاب الآونة بعد الاخرى بنوب قبض مستعص

رسم الانبوب الهضمي مرتين الاولى بعد اعطائه الجالوبارين (gelobarine) بطريق الفم في ٩ ايلول ، والثانية بعد حقنة شرجية بالباريت في ٢١ ايلول فتبين من الرسم الثاني ان القولون جسيم ولا سيما القولون النازل .

وقد تحسنت حالة المريض العامة بعض التحسن فكان وزنه ٧٠ كيلواً في ٢٥ تشرين الاول . غير ان سوابقه تدعونا الى عدم ابقائه في جيش الشرق

التنيجة : ان الجندي برن سيعاد الى وطنه لسبب صحي هو : التهاب القولون المزمن الناجم من توسع القولون

المناقشة :

العليم ترابو : ان هذا المريض قدم في امتحان العليمية (الدكتوراه) للفحص فعزا الطالب قبضه المزمن الى التهاب صفاقه (باريطونه) الذي طرأ في زمن الحداثة مبقياً التصاقات وألماً فكان تشخيصه منطقياً لان تشخيص داء كهذا متعذر بدون المعاينة الشعاعية ودليلنا ان هذا المريض عوين في مستشفيات عدة ولم يكشف داؤه الا في دمشق .

العليم خاطر : ان هذه التشوهات جديرة بقطع القولون وقلما تفيد فيها المعالجة الدوائية .

جدرة كبيرة في يافعة

للعليم انستاس شاهين رئيس شعبة امراض الاذن والحنجرة والبلعوم

الآنسة حبوس شحاده سليمان عمرها ١٦ سنة من دربل في جبل الشيخ تعلن انها لم تمرض ابداً حتى التاسعة من عمرها اذ اصيبت بورم صغير في ناحية الغدة الدرقية لم يلبث ان نما وثابر على نموه حتى دخولها المستشفى . ولم يزعجها ازعاجاً موضعياً او عاماً حتى السنة الماضية اذ كبر حجمه فازعجها غاية الازعاج ولذلك راجعت المستشفى العام للتخلص منه فقبلت في شعبة امراض الرأس في ١٢ نيسان سنة ١٩٣٦

وصف الورم والحالة العامة في ذلك التاريخ : جدرة كبيرة بحجم رأس الكهل يتجاوز قطرها الامامي الخلفي مستوى الذقن وجانبياً الناحيتين القصيتين الترقوتين الخشائيتين دافعة اياهما الى الخلف . وتتجاوز في الاسفل عويكشة القص ، ويغطيها جلد ضامر قليلاً تجتازه أوردة كبيرة خاصةً في ناحية الوريدين الوداجيين الاماميين ومصبيهما ، وهذا الجلد غير ملتصق بالورم . والورم حر في حركاته الجانبية ويتبع الحنجرة صعداً ونزولاً في فعل البلع . وسطحه محدب بغير انتظام وقوامه رخو ولذلك اعتبرناه جدرة نظيرة الغراء

اما الحالة العامة فتبدو طبيعية ، نبض طبيعي عدده ٧٨ في الدقيقة وليس ارتعاش في اليدين او اللسان . ويلاحظ جحوظ قليل غير ان المريضة تفيد انه منذ طفولتها وقبل ظهور الورم . وقد فحص زميلنا الدكتور بشير بك

العظمه التطور الاساسي فكان ١٠ (طبيعي) وقررنا اجراء العملية فاجريت في الثامن والعشرين من شهر نيسان .

وصف العملية : التخدير موضعي ناحي بمحول البانتوكائين الالفي . الشق هلامي معانق الورم الى الاعلى ويصل بطرفيه زاويتي الفك السفلي متجاوزاً في منتصفه عويكشة القص . لم نجد صعوبة كبيرة في تحرير الورم واخراجه ولكن المريضة شعرت عندئذٍ بزلة شديدة رافقها صوت صوري وعلامات اختناق اجبرتنا الى ارجاع الورم لمكانه . وكانت تعود هذه الاعراض كلما حاولنا اخراج الورم من العنق . فاضطررنا الى خزع الرغامى وعندها تمكنا من اكمال العملية . وصادفنا صعوبة كبيرة في تحرير الوجه الخلفي للورم لالتصاقه بطبقات العنق العميقة وكذلك في ربط جذوره ولا سيما عند تحرير العصبين الراجعين وقد رض هذان العصبان بشدة بسبب جذبهما المتكرر في عملية التحرير . وبعد ربط الجذور وقطعها اصبحت العملية سهلة وقليلة الادماء .

وقد اضطررنا الى خزع الورم كله تقريباً تاركين القسم العميق من برزخه لكي لا تحرم المريضة كامل غدتها الدرقية واصابة الغدد نظيرة الدرق

وبالرغم عن تفجير ساحة العملية تفجيراً واسعاً بحزمة كبيرة من شعر فلورنسة ابقيناها زهاء ٤٨ ساعة حصل ورم دموي وتقيح بعدئذٍ وكانت توابع العملية كلها عدا ذلك حسنة

وقد لاحظنا بحة في صوت المريضة في اليوم الثاني من العملية مع جمود الاوتار الصوتية بالوضع الذي نراه بعد الموت بسبب انجذاب الاوتار بشدة

اثناء العملية ولكن الصوت لم يلبث ان استعاد لحنه العادي بعد مضي اسبوع واحد . وقد فحصنا الحنجرة بعد اسبوعين ورأينا ان الوتر الايمن قد عادت اليه حركته تماماً والايسر بقي مصاباً بقليل من الشلل . اما الانبوبة الرغامية فاخرجناها في اليوم الثالث اذ لم يعد من حاجة اليها

وغادرت المريضة المستشفى بعد اربعة اسابيع

ووزن الورم المستخرج كيلو غرام ونصف وهو جدرة نظيرة الغراء كما اثبت الفحص النسيجي :

العليم ترابو : ان المفيد في هذه المشاهدات هو ان سلعة جسيمة كهذه بدأت في السنة التاسعة اي في زمن النمو وبلغت هذا الحجم الكبير الذي نراه في القطعة الجراحية المحفوظة بدون ان يبدو اقل اضطراب دال على قصور الغدة الدرقية .

جلسة ٨ كانون الاول سنة ١٩٣٦

قرئت فيها التقارير التالية :

١ً — تقرير الخازن العليم اسعد الحكيم عن مالية الجمعية

٢ً — تقرير امين السر العام العليم ترابو

٣ً — خطاب الرئيس العليم سوليه

ثم قدمت طلبات الدكاترة احمد الطباع ،شوكة القنواتي ، عزة مريدن بشير العظمه يسألون بها قبولهم كاعضاء عاملين في الجمعية وقد ربط بكل

منها عمل غميس للجمعية فعينت لجنة مؤلفة من الدكاترة حسني سبح واسعد الحكيم ولاكومب لفحص الطلبات واعطاء تقرير عنها .

وقرئت بعد ذلك رسالة واردة من الرئيس القديم الدكتور بريكستوك وقد اصحبها برسمه المهدى الى الجمعية فعهد به الى الخازن لصنع اطار له وتعليقه في قاعة الجلسات

واقترح امين السر العام قبول الجنرال مارتن والاستاذ اشير عضوين مراسلين فقبل اقتراحه بالاجماع ثم انتخب اعضاء الادارة لسنة ١٩٣٧ فاسفر الانتخاب عن النتيجة التالية :

نائب الرئيس : الدكتور يوسف عرقتنجي مدير الصحة والاسعاف
امين السر العام : الدكتور اسعد الحكيم طبيب مستشفى ابن سينا
الكتومان : الدكتور شوكة الشطي من المعهد الطبي
« انستاس شاهين من المعهد الطبي
الخازن « نظمي القباني من المعهد الطبي
مأمور الربائد « عبدالغني المحملجي طبيب مستشفى ابن زهر

وتنوقش مجدداً في تعديل المادة السابعة التي كانت عدلت في الجلسة السابقة فأقرت بحسب تعديلها الماضي .

وانتخبت اخيراً لجنة مؤلفة من الدكاترة نظمي القباني، عبدالغني المحملجي، شارل للتدقيق في حساب الخازن

وارفضت الجلسة في الساعة التاسعة عشرة

تقرير خازن الجمعية الطبية الجراحية الدكتور اسعد الحكيم

عن موازنة الجمعية السنوية

لي الشرف ان اعرض على مسامعكم موازنة جمعيتنا عن السنة المنصرمة:

كان في صندوق الجمعية في نهاية السنة السابقة ٣٥٦،٨٢،٥٠ ق . س .

وقد بلغت واردات الجمعية هذه السنة ٨٨ ليرة سورية مقسمة على الوجه الآتي :

١٠	رسم دخول خمسة اعضاء عن سنة	١٩٣٥
١٤	« اشتراك سبعة اعضاء «	١٩٣٥
٣٤	« « ١٧ عضواً «	١٩٣٦
٣٠	مرتجع من اجرة نادي الفنون الجميلة	
٨٨		

وقد بلغت نفقات الجمعية خلال السنة المذكورة ٢٢٧٥ قرشاً سورياً منها ٤٧٥ ثمن قرطاسية واجور طبع نظام الجمعية و ١٨٠٠ مصروف حفلة الشاي التي اقيمت للرئيس السابق الدكتور بريكستوك فاذا طرحنا هذا المبلغ من قسم الوارد واضفنا الباقي الى وفر السنة السابقة يصبح موجود صندوق الجمعية هذا اليوم ٤٢٢ ليرة سورية و ٧ غروش ونصف منها ٤٠٠ ليرة سورية مودعة في بنك سوريا ولبنان ويزداد هذا الوفر متى اقدم اعضاء الجمعية الذين لم يدفعوا اشتراكهم عن سنة ١٩٣٦ على تسديده ومتى دفع جميع الاعضاء

الذين اشتركوا في حفلة الشاي التي اقيمت للدكتور بريكستوك ما خصَّ كل منهم وهو ستون قرشاً سورياً .

ومما تقدم يتبين لنا ان مورد الجمعية ضئيل. ولهذا ارجو من الاعضاء الذين لم يسددوا ما عليهم ان يتفضلوا بدفعه خلال هذه الجلسة او قبل ٣١ الجاري كيلا يعتبروا منسحبين من الجمعية بحسب المادة ٣٠ من قانونها .

هذا وبما ان الجمعية لا تستطيع النمو الا باضافة قوى جديدة اليها فاني اؤيد تعديل المادة السابعة الذي يمكننا من انتخاب اعضاء جدد والسلام عليكم

في ٧ كانون الاول ١٩٣٦

تقرير امين السر العام

زملائي الاعزاء

اكملت جمعيتنا اليوم سنتها الثانية وكانت جلساتنا في سياقها كما في سياق سنتها الاولى منظمة ومثمرة فقد تليت فيها مشاهدات جليلة الفائدة متعلق بعضها بالطب الباطن وبعضها بالجراحة والبعض الآخر بشُعَب الاختصاص.

ففي الطب نذكر حادثة خراج كبد شفي بالامتين وتأسراً (urémie) في شخص كليتاه مصابتان بالداء الكيسي ، وحصاة كلية جسيمة كانت تملأ الحويضة والكييسات. وورماً في الوقب مع فصع المقله وتعفن دم بالمكورات السحائية ابتدأ بالتهاب النخاع المعترض .

وفي الجراحة نذكر مشاهدة التهاب عظم ونقي في الظنبوب مع تشظي جسم العظم برمته ، ومرمياً مستخرجاً من الكبد ، وفتقاً مختنقاً في بنيّة

كانت فيه الرحم وملحقاتها ، وثلاث حادثات انثقابات عديدة في الامعاء شفيت بالتوسط الجراحي ، والتهاب الوريد الخثري الرضي في الاجوف السفلي ، واحتشاء المعى بخثرة الشريان الماساريقي .

ونذكر في شُعَب الاختصاص بضع حادثات من التهاب اللثة واللسان القرحي عولجت بكيانوس الزئبق وشفيت ، ورضيعاً ابصر النور وفي فكه العلوي قاطعتان .

وفي الصدر نذكر سرطاناً بدئياً في الرئة ، وكيساً مائياً فيها ،وخراجاً رئوياً شفي بالخزع ، والريح الصدرية المفيدة في النفث الدموي الغزير وذوات الجنب النافعة بعد الريح الصدرية .

وقد تناقشنا في الاستمصال الوافر في معالجة التهاب السحايا الوبائي وفي الطفالة البردائية ، وذكرنا المعلومات الحديثة عن التهاب العروق الساد وبورئته الجديدة في آسية الصغرى ،وجئنا باحصاآت عن الحصيات المصادفة في مستشفيات دمشق أستنتج منها ان حصيات الكلية والمثانة كثيرة في هذه الارجاء.

وقد كانت جلساتنا برهاناً على اشتراك الاطباء والجراحين والاختصاصيين بالعمل ودليلًا على قيامنا حق القيام بما فرضه علينا قسم ابقراط الذي يوجب علينا كما يقول الاستاذ ريست « الجدّ الدائم في ترقية مهنتنا الشريفة واغنائها المتواصل بمعلومات طريفة ننقلها الى خلفنا »

واني لسعيد كامين سرّ عام بان اوصل قارب هذه الجمعية الى ميناء السلام في سنتها الثانية بعد ان وقيته جهد طاقتي خطر الانواء التي تهب على كل مشروع جديد

واني لمغتبط باسداء شكري الخالص العلني امامكم الى كتومنا الدكتور مرشد خاطر الذي خفف عني عبء هذه المهمة الشاقة ولذهـا لي بعمله المتواصل الرشيد .

اما الآن فان سفينة الجمعية الطبية الجراحية تمخر حرةً عبابَ بحر سنتها الثالثة وقد دقت الساعة لاستبدال بحارتها . فجدير بالجمعية وفيها نخبة من ابناء هذه البلاد ان تسير على منوال سورية في استقلالها وتدعو لادارة شؤونها من ترى فيه الكفاية من ابنائها . اما انا ، وقد انتهت مدة انتدابي كامين سرّ عام فانني ارفض اية وظيفة كانت اذا حدثتكم انفسكم بانتخابي ثانية لاي منصب شرفياً كان او عملياً فلا بد من تسليم هذا المشعل الى سواي وان انتخابكم لي لتولي القيادة عند نشأة هذه الجمعية لاجمل ذكرى في حياتي ولشرفٌ لي لن انساه بل اذكره لكم مع الشكر الجزيل .

ان بينكم من اكتملت فيه الشروط للقيام بوظيفة امين السر العام الذي حدده الاستاذ سرجن بقوله عنه « انه قلب الجمعية ودماغها » وان جمعية يرأسها الكولونل سوليه رئيسنا الجديد لا تعثر بل سيكون مستقبلها زاهراً .

خطاب الرئيس الكولونل سوليه

زملائي الاعزاء

اسمحوا لي وقد استلمت هـذا المنصب ان اعرب لكم عن عواطف شكري الحارة لانتخابكم اياي رئيساً لجمعيتنا . وثقوا انني اقدر هذا الشرف الذي اوليتموني حق قدره .

ان عوده رئيسنا الدكتور بريكستوك قبل انتهاء مدة رئاسته سمحت لي بادارة جلساتكم في هذه الاشهر الاخيرة واللذة التي شعرت بها زادت عواطف اقراري بجميلكم .

لقد اعربت للدكتور بريكستوك حينذاك عن أسفنا لعودته المبتسرة واضطراره الى اقتضاب مدة رئاسته واظن انني قد تكلمت باسم جميعكم اذ قلت ان تلك العواطف كانت صادقة وخالصة .

وقد كفاني ان اقتدي برئيس متحلٍ باللطف والكياسة لا تعلم ادارة دفة الرئاسة ولكن لا تنتظروا مني ان ادير جلساتكم بتلك المهارة النادرة ولا بذلك اللسان الذلق

واني لمتيقن ان الدعة التي تتصف بها مناقشاتكم تسهّل عليَّ عملي وان نشاطنا سيزداد وعملنا سيكون اشدَّ انتاجاً بعد ان عدلت المادة السابقة التي تمكن مساعدي مخابرنا من الاندماج في جمعيتنا وحملهم الينا مع رونق شبابهم نشاطهم وثباتهم

واسمحوا لي ان اشكر امين سرنا النشيط على ما قام به في سبيل جمعيتنا وان اشرك بالشكر ايضاً كتومينا وخازننا

واني لمؤمل بعد عودتنا القريبة الى العمل ان تكون جلسات سنتنا الجديدة مماثلة بعملها المثمر للسنتين السابقتين .

❀❀❀

المؤتمر الجراحي الفرنسي الخامس والاربعون

ترجمة العليم جمال الدين الفحام

«٢»

الجراحة في السكريين

القسم الاول : شروط الجراحة العامة في السكريين : ان صاحب التقرير م. فرده من باريس ، بعد ان ذكر ما بدله كشف الانسولين في منهجنا الجراحي . منذ نحو من خمس عشرة سنة ، درس في القسم الاول من تقريره الاختبارات المختلفة التي يجب اجراؤها في مصاب بالداء السكري ، ثم المعالجة التي تجب معالجته بها فتكلم عن الطرائق المستعملة في معايرة السكر (ارتكاس فهلنغ) والاجسام الجلونية(ارتكاسا جرهارد واوغال) في البول ، ثم طرق معايرة سكر الدم ، ودرس الازوت الكلي وتغيرات الآزوت في البول والمدخر القلوي والكلورين الدمي والبولي . . . . الخ ما هنالك من عمل طويل ومفيد كل الفائدة يحسن بالطبيب مطالعته ويصعب علينا تلخيصه ولا تخلو قراءته من اللذة على الرغم من جفاف الموضوع .

وقد درس المؤلف بعد ذلك ، الفترات بين الارتكاسات في السكري ، والامراض الجراحية والعمل الجراحي ، ذاكراً اضطرابات الندب ، وتأهب السكريين للعفونات . ووخامة الداء السكري في مصاب بمرض جراحي

سهل النكس، وذاكراً ايضاً الداء البضعي « la maladie opératoire »
المسبب عن كل توسط جراحي ذي شأن في سكري ، واخيراً ضرورة
اتباع طريقة جراحية صارمة في هذه الزمرة من المرضى: طهارة تامة ،اجتناب
الشد العنيف، الارقاء الدقيق.ويفضل التخدير الموضعي الناحي .

ان هذا القسم الاول ينتهي بدرس الحمية في السكريين ،وتحضيرهم
للتوسطات ، واخيراً طريقة اعطاء الانسولين التي يوجز المؤلف في ذكرها
مع خواص الانسولين واستطباباته . . . لخ .

وفي القسم الثاني ، يدرس المؤلف التطبيقات العملية للمعلومات العامة
المذكورة آنفاً . وهو يقسم موضوعه قسمين بين ان يستدعي الداء توسطاً
جراحياً عاجلًا او آجلًا .

١ . — تحضير سكري لعملية لا تتطلب الاسعاف السريع

بعد اجراء الاختبارات السريرية والمخبرية نستنتج ان هناك : داء سكرياً
مع ازدياد سكر الدم فقط، او داء سكرياً مع ازدياد سكر الدم وبيلة سكرية
وبدون بيلة خلونية وعلامات اضطراب التغذية الآزوتية ، وداء سكرياً مع
ازدياد سكر الدم وبيلة السكر وبيلة الخلون وعلامات اضطراب التغذية
الآزوتية المختلفة الوضوح

١ً — داء سكري مع ازدياد سكر الدم فقط : ان داء سكرياً من هذا النوع
سليم ببعض السلامة في نظر الطبيب ، غير ان الامر ليس كذلك في نظر
الجراح ، لان الجريح لا تتوفر فيه الشروط الملائمة لترمم جروحه ، وقد
تتفاقم الحالة السكرية بسبب العملية . فيجب التشبث لاعادة سكر الدم

طبيعياً قبل العملية ، وهذا سهل اذا كان ازدياد سكر الدم ناجماً فقط عن نظام غذائي سيء ، كثير الغنى بماءات الفحم ، فالحمية الاولى التي يجب على المريض اتباعها ، هي الصيام ، او الافضل اتباع حمية خضرية غضة محضرة بالمواد الشحمية يومين او ثلاثة ايام . ثم يعاير سكر الدم ثانية فاذا عاد الى حده الطبيعي يلزم المريض حمية مختلطة على ان تنقص في البدء كمية ماءات الفحم ، ثم تزاد زيادة تدريجية حتى يتجه سكر الدم الى الازدياد ، فتنقص كمية ماءات الفحم قليلاً . وهكذا نتوصل الى الحمية الاخيرة التي تلائم الشخص وليس الامر سهلاً بهذا المقدار . فالسكري الذي يرتفع حد سكر دمه تزداد قدرته على تمثيل الغليقوز ويسهل تطور مواده الخلونية والهيولينية والشحمية .ومتى انخفض الى اقل من الحالة التي دعاها شابانيه ازدياد سكر الدم البحراني «glycémie critique» : تظهر الاجسام الخلونية ، فلكي يستفيد المريض من حمية فيها كميات كافية من ماءات الفحم يلجأ الى الانسولين على ان اعطاء الانسولين يستوجب دقة شديدة في مثل هذه الشروط فكثيراً ما تظهر العوارض الخفيفة النامة على نقص سكر الدم . فعلينا ألاّ نستعمل في البدء الا مقادير صغيرة نختبر بها تحمل الشخص .

ان مقادير الانسولين الضرورية يجب ان تؤخذ يومياً وبدون توقف حتى ساعة البضع ، على ان تلاحظ دائماً مقادير سكر الدم .

٢ً — داء سكري مع ازدياد سكر الدم وبيلة سكرية فقط : ان المعالجة الرشيدة مستوحاة من الاسس المذكورة في الحال السابقة ، يسعى في البدء الى انقاص السكر في البول ، ما امكن ، بحمية خضرية غضة وحمية مختلطة تقل فيها

ماءات الفحم ، ومتى غاب السكر من البول يُجَدُّ في تعديل ازدياد سكر الدم كما ذكرنا آنفاً .

ولا يسهونَّ عن البال ان الانسولين ليس في الحقيقة علاج البيلة السكرية فقد عرفت الكمية القليلة من سكر البول التي تستطيع وحدة من الانسولين ان تمحوها ، فلإنقاص بيلة سكرية كبيرة ، لا بد من استعمال مقادير كبيرة من الانسولين ، لا يتحملها المريض ، ولكي يتحملها لا بدَّ من ادخال كميات عظيمة جداً من ماءات الفحم .

يستنتج ان الحمية واجبة مع اعطاء الانسولين . ففي الحالات المألوفة يستطاع الوصول الى الهدف باعطاء ١٠ أو ٢٠ حتى ٣٠ وحدة من الانسولين على مرتين قبل الطعامين الرئيسين ، او على ثلاث مرات فيحقن بها قبل الوقعات الثلاث الرئيسة المعتادة في بلادنا . ويثابر على المعالجة المبنية على اشتراك الحمية والانسولين حتى وقت العملية .

٣ً — داء سكري مع ازدياد سكر الدم ، وبيلة السكر ، وبيلة الخلون: هو اكثر اشكال الداء السكري وخامة ، لان الشخص تتوفر فيه جميع العناصر الضرورية لظهور السبات ، فيجب ان يداوى بصرامة ، وان توجه المعالجة في الدرجة الاولى الى العناصر المسببة والموجبة لظهور اعراض الاضطرابات الكبرى ، اعني بها بيلة الخلون التي يجب محوها .

فبعد ان تطبق المعالجة باتباع حمية خضرية غضة يومين او ثلاثة ايام توجه العناية الى محو الاجسام الخلونية من البول محواً تاماً ، مع المقابلة بين سكر البول وسكر الدم . وليس الأمر كذلك اجمالاً : فالاجسام الخلونية تنقص

بيد انها لا تغيب تماماً ، ولذا يجب ان يلزم المريض وبلا ابطاءحمية خالية من المواد المولدة للخلون وان يلجأ الى الانسولين ، ولا ننسين ان المواد الهيوايينية في الغذاء اول ما نخشاه من مولدات الخلون ، والهيولينيات الحيوانية المنشاٍ اشد ضرراً من النباتية المنشاٍ .

اما المداواة بالانسولين ، فلا تضطرنافي الغالب الى تجاوز ٤٠وحدةفي اليوم الا اذا كانت في الغذاء مقادير وافرة من ماءات الفحم .

ان شابانيه ينصح بـ ٤٠ وحدة في اليوم من الانسولين اذا كان مقدار سكر الدم غرامين في اللتر ، و بـ ٦٠ وحدة اذا كان مقداره ثلاثة غرامات وتعطى هذه المقادير دفعتين قبل الوقعتين الرئيسيتين.ويرجح اعطاؤها على ثلاث دفعات قبل الوقعات الثلاث المعتادة . وبعد ان تمحى ، باشراك الغذاء الفقير بالهيولينيات مع الانسولين ، الاجسام الخلونية يزاد حينئذٍ مقدار الهيولين ويلتفت الى سكر البول .

ويقل سكر البول عادة كلما قلّ الخلون فيه ، فاذا دامت بيلة السكر يُجد في ازالتها بانقاص ماءات الفحم بالحمية ، ولكن هذا الانقاص قد يعيد بيلة الخلون الى الظهور .

وعليه فلا بدّ من التردد في البدء بانقاص المواد المولدة للخلون او المضادة لتولده ريثما يتم التوازن ويزول سكر البول مع خلونه في وقت واحد . ولا يستطاع في الحالات الشديدة ، محو سكر البول محواً تاماً . واذا امحت بيلة الخلون وبيلة السكر قد يبقى سكر الدم مرتفعاً فيحسن بنا ان نعيده الى حده الطبيعي بالرجوع الى الأسس التي ذكرت سابقاً .

ولا نتشددن باتباع هدف صعب المنال ، بزيادة مقدار الانسولين حذراً من انقاص سكر الدم ، او اجبار المريض على التزام حمية تفضي الى الخواء والمهم ان السكريين التابعين للزمرة المذكورة يجب ان يلزموا تغذية كافية لا تعرضهم للهزال ، وان يراقب وزنهم كل يوم بالميزان لتتحقق انهم يزدادون وزناً قبل العملية .

ان الدور الذي يلعبه الانسولين لا يقتصر على مكافحة بيلة الحلون ، بل ان يفسح للمريض المجال لتناول غذاء كثير العناصر ينجيه من هزال عاجل .

وهناك مسألتان هامتان تعترضاننا في الدور السابق للعملية : أيجب اعطاء السكريين المسهل قبل العملية ، أيجب ان يصوموا ؟

ان اعطاء المسهل قبل العملية غير مستحسن لانه يحدث في الانسجة اجتفافاً (deshydratation) ونقصاً شديداً في الملاح . فضياع الماء سيء التأثير جداً في السكريين . ومثله فقد الملاح الذي يسبب نقص المدخر القلوي ، غير ان المسهل لا يخلو من فائدة محققة هي افراغ معى المؤهب للبضع ولا سيما السكري الكثير التحسس بازاء السموم اياً كان مصدرها .

فلا خطر والحالة هذه من اعطاء السكري مسهلاً ، على ان تتخذ بعض الاحتياطات ويستحسن استعمال زيت الخروع عوضاً عن المسهلات الملحية ، ولا يعطى الزيت مساء العملية ، بل قبلها بثمان واربعين ساعة وبصورة مجزأة

ويزاد المدخر القلوي باعطاء القلويات بطريق الفم ، او المصول الملحية تحت الجلد وافضلها مصل رينجر (Ringer) الذي يعيض في الوقت نفسه عن السوائل الضائعة .

كثيرون هم الجراحون الذين يصومون مبضوعيهم قبل العمليات بغية تخليصهم من الاقياء التي تعقب البضع ، فالصيام عن ماءات الفحم يسبب حموضة الدم (acidose) وهذا كاف لنبذ هذه الطريقة في السكريين ، على ان للصيام محذوراً آخر هو انقاص مدخر الغليقوز في البدن . مع ان الحاجة تقضي بان يحقن بالانسولين بعد البضع مباشرة . ويشير جوسلن بضرورة تجريع المؤهبين للبضع كمية من ماءات الفحم قبل العملية بثلاث او اربع ساعات لانه يخشى من تأخر الامتصاص الذي قد يحدثه تأثير نفسي متبدل .

وماءات الفحم اذا ما اعطيت بشكل سائل : مطبوخ البقول ، عصير البرتقال ، الغليقوز : لا تمكث في المعدة الا قليلاً فلا يخشى انطراحها بالاقياء اذا اعطيت قبل البضع بمدة كافية .

ولا ننسين ايضاً ان الاقياء التي تعقب التخدير تنجم في الغالب عن المادة المخدرة التي لم يحسن اختيارها ، او عن التخدير الذي أسيء استعماله .

واذا فرضنا ان الوقت كان كافياً لتأهيب المريض وجب وصوله الى العملية بلا بيلة خلون ولا بيلة سكر وسكر دمه طبيعي او ما يقرب منه .

ولنتساءل عما اذا كان الحقن بالانسولين واجباً قبل العملية مباشرة ؟ هذا ما يشار به ، وهو اساس النجاح وبضع وحدات من الانسولين كافية على ان يحقن في الوقت نفسه بالمصل الغليقوزي بما لا يقل عن غرام من الغليقوز لكل وحدة من الانسولين . وعلى الرغم من الاحتياطات المتخذة فان العمل الجراحي قد يفسد ما حصلنا عليه من التوازن قبل العملية ، وبتعبير

آخر قد يعيد الداء السكري اكثر وخامة ، والسبات ممكن الظهور .

ولا تكفي المثابرة على المعالجة قبل العملية ، بل ان هنالك تدابير جديدة الغاية منها اجتناب الخطر الاعظم ، تختلف النظريات في صدد الاسباب المحدثة للسبات ، غير ان المؤلفين جميعهم متفقون على الاستطبابات العملية .

فالسبات سواء منه المسبب عن حموضة الدم فقط ، او عن الاجسام الخلونية وحدها او عن محاصيل اخرى مجهول كنهها تجب مكافحته بلا توان بتسهيل طرح السموم بالكليتين ، واجتناب الاجتفاف وهذا ما يجعل شأناً كبيراً (لتجريع المرضى كمية كبيرة من الماء) الذي يغسل البدن .

اضف الى ذلك ان اعطاء الملاح ، ولا سيما ملح الطعام امر واجب لان الغذاء لا يوفر له منه المقدار الكافي في الايام الاولى ، ولا يهمنا كثيراً معرفة ما اذا كان هذا الملح يزيد في هجرة الكلور الدمي نحو النسج ويخفف البقايا السامة للمواد الهيولينية الداخلية (كما يزعم شابانيه) ام انه يساعد على تعديل المواد الحامضية فقط ، ويسهل انطراحها بالكلية ، محافظاً على المدخر القلوي (وهو الاكثر شيوعاً) .

فالماء يجب ان يدخل قسم منه اذن بشكل مصل صناعي على الأقل ، او بشكل سائل رينجر (Ringer) وهذا هو الافضل ، ما دامت التغذية لا تضمن للعضوية ما يقرب من العشرة الغرامات الضرورية لها .

وعلاوة على ذلك ، فان التجارب قد ايدت ان تطور الاجسام المولدة للخلون لا يتم الا بمواجهة كمية كافية من ماءات الفحم فيجب الحصول عليها باعطاء الماء المحلى (او مشتقاته) بالفم او المصل الغليقوزي حقناً .

ففي الايام الاولى اذ تكون التغذية ناقصة يعطى الغليقوز حقناً تحت الجلد او في الوريد ليسهل استعمال الانسولين بلا محذور .

ولا بد من مراقبة القلب والدوران بدقة حتى اذا ما ظهرت اقل علامة دالة على وهن القلب او اعيائه يسعف المريض بحقن لحمته بمقويات القلب (١ ٤) ملغ. ادرانالين . . . والخ .

وتستعمل هذه الطرق الدوائية المتنوعة منذ اتمام العملية ويرجع الى المداواة بالانسولين بحسب النمط الذي استعمل قبلها ، وبعد كل حقنة من الانسولين يحقن مباشرة بالمصلين الغليقوزي والملحي على ان تكون كمية السكر في المصل معادلة على الاقل لعدد وحدات الانسولين .

ويحلل البول ثلاث او اربع مرات في الايام الاولى لتحري السكر وحامض الخل الثنائي فيه بحسب الطرق الكيمياوية المألوفة .

وعودة هذه الاجسام الى الظهور او زيادتها ، ترشدنا الى زيادة مقدار الانسولين مباشرة او الى تقريب الحقن بعضها من البعض الآخر .

ولا حاجة الى القول ان المعالجة الصارمة تستعمل بدون ادنى تردد اذا ظهرت امارات (prodromes) السبات ومتى ظهر يحقن من الانسولين في البدء بعشرين وحدة كل نصف ساعة على ان تكون الحقن الاولى وريدية لتكون اسرع فعلاً ، ومتى عاد الى المريض شعوره تكرر الحقن كل ساعة الى ان يزول اللهث (hyperpnée) ، ثم تجعل الفترة ساعتين حتى زوال الاجسام الخلونية من البول ، واخيراً ثلاث ساعات ، وهكذا تمدد الفترات بين الحقن تدريجياً ، اما الانسولين فيقلل مقداره شيئاً فشيئاً بحسب

كمية الحلون والسكر في البول وبحسب سكر الدم والاعراض التي يبديها المريض .

وليس من خطر في اعطاء المقادير العالية ، على ان تعطى معه مقادير مناسبة من ماءات الفحم .

وفي حالة السبات يكافح الاجتفاف ، ويعطى المريض مقداراً كافياً من ملح الطعام بحقنه بالمصل ويقوى القلب فاذا كانت المعالجة رشيدة، فالسبات يزول في يومين او ثلاثة ايام .

ب — . الشروط المتبعة في سكري يحتاج الى توسط سريع : يصعب علينا الوصول في الفترة القصيرة التي تسبق العملية الى ازالة الحلون من البول متى كان فيه ، او محو بيلة السكر واعادة سكر الدم الى حده الطبيعي .

فالاستطباب الاساسي هو وقاية الشخص عارضة السبات التي تهدد حياته تهديداً تخشى عواقبه بعد ان تأتي الصدمة الجراحية فتزاد على الداء السكري كيف لا والمريض لم يحضر تحضيراً كافياً لدرء هذه الاخطار فالحكمة تقضي بعدّ المريض في دور منذر بظهور السبات وبمعالجته المعالجة الصارمة بالانسولين، على ان يحقن في الوقت نفسه بكميات كبيرة من المصلين الغليقوزي والملحي . فيباشر في الحال بالحقن بعشرين الى ثلاثين وحدة من الانسولين بحسب النتائج المستقاة من فحص البول في ذلك الحين لكشف الغليقوز والاجسام الحلونية فيه ويعدل الانسولين في الحال بحقنة من المصل الغليقوزي في الوريد اذا مست الحاجة ثم يثابر على الانسولين وملحقاته بلا انقطاع على ان يحلل البول كل ثلاث او اربع ساعات ، وان يستند الى

نتائج التحليل لتنظيم سير المعالجة ومقادير الانسولين والفترات بين الحقن الى آخر ماهنالك . وبعد اجراء العملية تجمع المعلومات المستقاة من الاختبارات السريرية على ان يستند الى الفحوص المخبريـة التي توقفنا على حالة الداء السكري والتي تستنتج منهـا الاستطبابات المجدية في المعالجة .

الاحصاءات : لا يشك في ان استعمال الانسولين قد حسن انذار العمليات في السكريين تحسيناً عظيماً ، غير انه يتعذر علينا ان نعلم مقدار ذلك التحسين، ويصعب علينا ايضاً ان نقابل النتائج في الدور السابق للانسولين بالدور الذي عقبه . ففي السابق لم يكن يبضع السكريون الا عند الضرورة القصوى والاحصاءات القديمة ملأى باسوإ النتائج ومنذ ان استعمل الانسولين لم يقتصر الجراحون على التوسط في الحالات السيئة فحسب ، بل في الحسنة ايضاً وهي الكثيرة .

وفي الممارسة ، لا تهمنا الجراحة السيئة ، بل ما كانت شروطهـا جيدة ، فما هي وخامة العمليات اليوم في السكريين ؟ جواباً عن ذلك ، علينـا ان ندرس احصاءات عديدة مشتملة على حوادث كثيرة، غير ان معظم الجراحين مع الاسف لم يجمعوا الا القليـل من المشاهدات . ولكن يستنتج من الاحصائين الكبيرين اللذين عني الامريكان بجمعهما نخص بالذكر منهما احصاء سريريات مايو (٣ وفيات في الالف في ما يقرب من ٢٠٠٠ حادثة) ان اكبر العوارض الجراحية خطراً في السكريين اعني به السبات قد عاد بالمعالجة قبل البضع وباستعمال الانسولين ، نادراً ان لم نقل انه قد زال تماماً.

ولنذكر في الحالات السيئة التي لا يزال السبات يقع في اثنائها ، ان

الموت ، كما يعتقد جوسلن ، لم يعد معادلاً الا لخمس الحادثات

افلا يحق لنا ان نقول ، ان الانسولين قد جدد الجراحة في السكريين ؟

القسم الثاني

العلل الجراحية في السكريين : صاحب التقرير م . جاناني (بوردو)

اما وقد انقص الانسولين موت السكريين بالسبات ، فقد اصبحت اختلاطات الداء السكري الجراحية تشغل المقام الأول في نظر الطبيب ، واخذت علاقات الجراح بالسكريين تزداد يوماً بعد يوم، وتتوثق العلاقات في ظرفين مختلفين :

اولاً في العوارض الخاصة بالداء السكري ، وهي الغنغرينة ، و الجمرة الحميدة ، وثانياً في العلل العادية التي تعالج معالجة بطيئة او مستعجلة في السكريين غير انها بسبب الداء السكري تمهر بطابع خاص كالعمليات المجراة على الزائدة او المرارة، او المعى أو السرطانات . والحالة في جميع هذه الحالات متشابهة

اننا نجد في السكري ، منذ اخف العوارض وابسطها (الدمل) حتى اوخمها (الغنغرينة الرطبة) ، الصفات الخاصة التي اكسبها الداء السكري للبيئة التي نشأت فيها العرقلة الجراحية ، فمن صفات الداء السكري انقاصه المقاومة العامة او الموضعية ، ويعلل نقص المقاومة الموضعية بميل العفونات الى الانتشار والتنخير والتخريب وبابطاء الترمم ابطاء غير طبيعي .

اما نقص المقاومة العامة فيتجلى ، بخفة ارتكاسات المريض (الامر الذي يعيد التشخيص مستصعباً في بعض الاحيان) وبتأهبه لاستيلاء العفونات فيه

(تعفن الدم وتقيحه) . وبضعف عام في قوى دفاعه مع اعياء قلبي كاوي . وقلبي رئوي ، كما يلاحظ ذلك في مرضى آخرين ، كالمنفضجين ، واخيراً بتأهبه لحموضة الدم والسبات ،

فلا عجب اذا ما وجل الجراح ولو كان مزوداً بالانسولين قبل دنوه من السكري لان السكري حتى المزال سكره لا يستطيع العودة الى حاله الطبيعية عودة صحيحة ، بل يبقى معصوداً (athéromateux) مضنى ضنى باكراً ،وذا اعضاء قاصرة، ففي بيئة سكرية كهذه ، تسوء الحالة ان لم يجرأ الجراح على سد السبل امام العفونة ، وعلى تخليص البدن بسرعة من بؤرة اشد خطراً مما في شخص سليم .

العفونات في السكريين : كثيرة ومخيفة دائماً ، فعلينا ان نجتنبها ما امكن وعلى الطبيب ان يذكر ان اقل منفذ في الجلد او البطانات وان عفونات الجلد ولو خفت ، والتوسطات الجراحية حتى الصغرى منها ، خطر يهدد السكري .

واذدرس المريض درساً غريزياً مرضياً يبين لنا ان العفونات تتجه بسبب ازدياد سكر الدم الى الانتشار السريع ، وان دفاع المريض يسوء بازاء هذه العفونات ، فالاستيلاء كثير الحدوث . وتأخذ العفونة موضعياً سيراً منخزاً ويبطىء الترمم ولا تلعب البيئة السكرية وحدها هذا الدور بازاء العفونة . بل ان العفونة نفسها ، تعيد الداء السكري خطراً ، اي مستعصياً على الانسولين استعصاء يفمل في احداثه انحباس القيح كما يخيل ، فيجب والحالة هذه ان تفجر البؤرة وتعطى الترياقات . فمعالجة هؤلاء المتعفنين

جراحية وطبية في آن واحد : فالطبية تقوم بمكافحة الداء السكري ، وغاية الجراحة استئصال الآفة او تفجيرها الواسع وليس سوى الاستئصال او التفجير ناجعاً ، اذا اشرك بالانسولين في حالات كهذه .

أ – عفونة الاغشية : ينكس داء الدمامل في السكريين نكساً مستعصياً وقد يكون خبيثاً حتى انه لا يستطاع استئصال شأفته الا باعادة سكر الدم الى حده الطبيعي وتحسيس البدن بالاستدماء الذاتي . فتوجه المعالجة الموضعية الى اتقاء التلقيح ثانية .

اما الجمرة الحميدة فهي عرقلة مخيفة في الداء السكري وربما كانت اوخم العراقيل ترافقها اضطرابات عامة خفية وتسير بسرعة الى الانتشار وتعفن الدم

توجه المعالجة الطبية اولاً الى الداء السكري ثم الى العفونة (الاستدماء الذاتي وملتهم الجراثيم) وتقوم المعالجة الجراحية بشق صليبي او بالاستئصال التام الذي يشار به بالخاصة في الجمرات المتموتة ، الصغيرة الحجم ، وحذار من رض جمرات الوجه الحميدة ويجوز ان يشرك الاستشعاع مع الاستدماء الذاتي

يتجه التهاب العروق اللنفاوية والجمرات الحميدة دائماً في السكريين الى التقيح ، اما التهاب اللحمة (cellulite) سواء اكان في قاع الفم او الحوض او في الفسحة الوركية المستقيمية فيسير سيراً منخراً ويفضي الى تعفن الدم وتقيحه .

وتسير الفلغمونات المنتشرة في السكريين سيراً سريعاً نحو الغنغرينة والسبات ، فوقف سيرها يستدعي شقاً واسعاً وقطع النسج الخلوية وتعديل الذيفانات بالاستمصال ،

وسير العفونات الحشوية (التهاب الزائدة ، والتهاب المرارة) في السكريين مشابه لما تقدم غير انها صعبة التشخيص ولا سيما المعالجة فان انسمام الدم بالحلون قد يتمثل باعراض بطنية تحاكي التهاب الصفاق (الباريطون) في بدئه . غير ان الألم في الانسمام الحلوني ، اكثر انتشاراً ولا حمى فيه وترافقه اقياء وافرة وليس تمييزه عن التناذرات البطنية الحادة مستطاعاً دائماً ومتى شك في الامر كان على الجراح ان يستقصي استقصاءً طفيفاً ما امكن والتهاب الزائدة الحاد كثير الحدوث في السكري فليبضع بلا تأخر وتأخير البضع حتى زوال السكر ، خطأ فاحش. ليبضع المريض وليعطَ الانسولين واستئصال البؤرة يخضع الداء السكري للانسولين .

ولا يختلف الامر في التهابات المرارة ، الكثيرة الحدوث في السكريين الذين لا يجوز اهمالهم البتة ولا سيما متى كانت حصاة متعفنة .

ولا تتبدل الصفات السريرية والدوائية ايضاً في عفونات قاع الفم ، وفي تقيحات الرئة وتعفنات طرق البول ، والتهاب اللحمة التناسلية التي تسير نحو الغنغرينة التناسلية الصاعقة .

ب — الغنغرينات السكرية في الاطراف : كثيرة ووخيمة فهي من اكبر عراقيل الداء السكري ، وكثيراً ما تبتدىء باضطرابات دورانية . وترى في المزداد سكر دمهم آفات تصلب الشرايين المنتشرة حتى ان الغنغرينة بفاقة الدم من نموذج التهاب الشريان الساد التي تشاهد في السكريين ليست بالغنغرينة الشيخية بل هي غنغرينة العقد الخامس وتضاف في الغالب الى هذه الاضطرابات الدورانية حوادث عفنة تشتد وضوحاً كلما وجدت الجراثيم

يئة خصبة في السكريين والغنغرينة الرطبة في السكريين عرقلة راعبة
وتجه العفونة الى الانتشار بسرعة كلما كانت النسج سيئة التغذية ، ففي هذه الشروط تقاس وخامة الغنغرينة الرطبة بدرجة حيوية العضو ، وقياس الاهتزاز هو احسن وسائط الاستقصاء واكبرها دلالة فما من آفة كالغنغرينة بفاقة الدم الصرفة تستدعي النظر في ري الطرف ومعرفةما اذا كان يتغذى تغذية حسنة ام لا ؟ فاذا كان حسن التغذية تجرب المعالجة الاقتصادية الشق الواسع قطع النسج الميتة ، التفجير . ويشرك هـذا كله بمعالجة عامة فعالة بالانسولين والمصل .

ومتى كان الدوران في الطرف قليلًا وكانت تغذيته ناقصة تقرر العملية الشافية على الانسجة السليمة والبعيدةعن البؤرة العفنة. ولا يجوز في حالات العفونة الشديدة ، كما في الغنغرينة الشاملة ذات السير الصاعق تأخير التوسط الجراحي .

والخلاصة ، ان واجب الجراح الاول في سكري مصاب بغنغرينة رطبة ان يقف بعد ان يكون قد استعمل المعالجة العامة الفعالة على حالة الدوران الشرياني في الطرف . فاذا كان قد وقف ، وجب البتر في الاقسام السليمة ، وليست ثمة اقل فائدة في محاولة المحافظة على العضو ، لان في هـذه المحاولة تعريض المريض لاخطار عظيمة واذا كان الدوران الشرياني حسناً اختار الجراح العملية الاقتصادية بحسب :

١ً — عفونة دم صريحة او محتملة : يجب البتر لمحو البؤرة العفنة .

٢ً — عفونة موضعية واسعة عميقـة منتشرة شاملة لا تخضع للشقوق

الواسعة التي قد يطول امر ترميمها : بتر الطرف ايضاً

٣ً – عفونة سطحية او محدودة : تشق البؤرة شقوقاً واسعة وتقطع النسج ويحافظ على الطرف في الغالب .

وفي الغنغرينة الرطبة ، لا بدّ من البت بسرعة فان مراقبة الحالتين العامة والموضعية ، والوقوف على حالة الدوران في العضو ، اذا ما اشركت مع خبرة الجراح تكفي لحلّ هذه المعضلة ، ولا نزال نشاهد في السكريين ، تناذر رينو ، وادواء ناقبة اخمصية اذا ما تعفنت واشتدت عفونتها عولجت المعالجة المذكورة آنفاً .

ويرسم المخبر لنا اخيراً الخطة الواجب اتباعها ، في بعض الآفات الجراحية في السكري : داء بازدوف ، السرطان ، الرضوض ، ففي جميع هذه الحالات لا بد من اعادة السكري الى حاله الطبيعية باستعمال الانسولين ، وليعلم مع ذلك ان المريض ، على الرغم من استعمال الانسولين ، يظل سيء الدفاع والترمم

المناقشة

م . جنتزر (من جنيف) : طرح للمناقشة حادثتي غنغرينة سكرية في الاطراف السفلية ، عولجت طويلاً قبل التوسط بجميع الطرق الدرسية : الراحة ، الحمية ، الانسولين ، حتى بقطع الودي حول الشريان الفخذي ، وقد افضى استئصال الكظر في هذين المريضين الى ندب الآفات الموضعية . ولم تكن حاجة الى البتر ، وبعد مراقبة هذين المريضين برهة لم تبدُ فيهما بيلة سكرية ولا بيلة خلونية ، غير ان سكر الدم في احدهما ظل مرتفعاً على الرغم من المعالجة الانسولينية المديدة .

باشود من (لوزان) : ذكر ان الاشعة ما فوق البنفسجي ولا سيما ما تحت الاحمر تزيد سكر الدم ، وانه اعتاد ان يعرض مبضوعه لتلك الاشعة في اثناء التوسط ، ويستنتج من تحرياته ان اشعاع ساحة العملية في السكريين كبير الفائدة وهو لا يهمل التحضير بالقلويات والانسولين ، ولكن الاشعاع قد يكون وحده في بعض الاحيان كافياً في الحالات المستعجلة .

م . شيارولانزا (من نابولي) : التي دفاعاً مجيداً عن الاستئصال الواسع الباكر في الجمرات الحميدة السكرية اي اجراء الشق في الانسجة السليمة وقطع الانسجة المريضة كتلة واحدة . ووصف طريقة استئصال عبر المخاط (trans-muqueuse) في استئصال الجمرات الحميدة في الشفة العليا هذه الآفة التي يعدها معظم الجراحين جمرات يقضي الواجب باحترامها وعدم مسها

م . زيمبوفسكي (من بولونيا) : يعتقد ، بناء على تجاربه الشخصية ، ان استعمال الاساتيل كولين مع الانسولين ، يفضي في اغلب الاحوال الى وقف الحوادث الوعائية في الغنغرينة السكرية ، واجتناب او على الاقل تحديد البتر . وقد شرح طريقة تحضير المريض والنهج الجراحي شرحاً وافياً

م . دوكينغ (من تولوز) : يعتقد ان درس بيلة السكر في مبضوع سكري ، على الرغم من المعلومات الكبيرة الشأن التي تجتنى منها ليس كافياً لمراقبة المريض ومعالجته بالانسولين . بل لا بد من تتبع سكر الدم والاحتفاظ به طبيعياً . فقد يبقى سكر الدم في مبضوع سكري ، اعيدت بيلته السكرية طبيعية بمعالجة رشيدة ، غراماً ونصف الغرام ، او غرامين او غرامين ونصف الغرام ، كما يشاهد ذلك احياناً فيجب والحالة هذه ان

ينظم مخطط لسكر الدم .

م . دي فور مسترو (من شارتر) : يذكر بعض الطرق العملية ويلفت الانظار الى ضرورة التأني مجتنباً مع ذلك البطء الزائد ، وهو من محبذي طريقة التخدير الموضعي مع التخدير العام بكلورور الاتيل . ويشير بالبتر العالي والباكر في الغنغرينات السكرية بدون ما وجل او تأخر .

م . فيليب (من فيشي) : يدحض المقارنة التي اريد وضعها بين البيئة السكرية والبيئة السرطانية استناداً الى الصفات المشتركة في كلتيهما : ازدياد سكر الدم ، وازدياد كولسترين الدم ، فان عدداً كبيراً من المصابين بالسرطان على ما يرى ، ليس سكر ولا كولسترين دمائهم مزدادين بل قد يكونان ناقصين ومتى ازدادا في مصاب بالسرطان فقد يعلل الامر بالهجمة التي يقوم بها الورم السرطاني على احد اقسام البدن (الجملة الصماء العصبية الودية المنسوبة الى موررياك « Moriac ») ويعتقد المؤلف ان هذا الموضوع جدير بتحقيق أوسع .

م . لامبر (من كوربار) : يلفت الانظار الى سعة التحريات قبل البضع في السكريين معتبراً انه لا يجوز الاقتصار على التحريات المعتادة : تحري سكر البول ، وسكر الدم ، والانسمام الخلوني ، بل يجب ان يزاد عليها درس التوازن الحامضي القلوي في تطور الكلور ، ودرس قيمة الكبد الوظيفية . حتى يستطاع الركون الى توازن القوى في مقاومة الشخص وتأهيب المراد بضعه بافضل الطرق مع المثابرة على مراقبة النتائج الخلطية بعد العملية ، وهو يشرح بتفصيل طريقته الخاصة بالتأهيب قبل البضع في السكريين .

فونتن ، ووايل . وماندل (من ستراسبورغ) : يعلنون تحريات قاموا بها بايعاز من

لوريش . فقد اعادوا البحث في علاقات الداء السكري باستئصال الكظر فهم يستأصلون المشكلة في الكلاب ، بطريقة جراحية خاصة تضمن لهذه الحيوانات التي اصيبت بالداء السكري حياتها ، ثم يستأصلون كظورها ويستنتج من هذه الاختبارات ، خلافاً لما كان يقال ، ان الداء السكري المشكلي لا يشفى بقطع الكظر ولا بالجفل (décapsulation) المزدوج والنتائج التي تبدو حسنة حتى في هذه سريعة الزوال ، وعليه فهذه العملية يتعذر تحقيقها بالممارسة . فهل يفعل مفرز قشرة الكظر ولو اعتنافاً في العلاقات بين هذه الغدة والمشكلة ؟ ان البحث يستحق ان يرجع اليه .

م . اريش (من ستراسبورغ) : هو من جملة الذين يعدون سكر الدم اعظم دلالة من سكر البول ، وقد وصف بعض الطرق العملية ، مبيناً قيمة التهاب الشريان في غنغرينة الطرف السفلي وضرورة تمييز الغنغرينات التي يبدو فيها هذا الالتهاب عن الاخرى الخالية منه .

واذا كان مقياس الاهتزاز يوقع في الخطإ فرسم الشريان خلو منه . فاذا لم يكن التهاب شرياني فالاقتصار على استئصال اقتصادي واجب على ان تحترم الاوتار دائماً والا انكمشت اغمادها التي لا تزال عفنة وعلت .

ومتى كان الشريان ملتهباً بتر الطرف عالياً ويشير لريش بالتريث معتقداً ان الاستئصال الواسع في الحالات الحادة خطأ فادح .

م . مازيني (من مرسيلية) : استناداً الى مجموعة اعمال شخصية ، يظن ان تحسين الانذار مستطاع حتى في الحالات التي تستدعي الاسعاف السريع وذلك باستعمال الانسولين والمصل الغليكوزي وكميات كبيرة من مقويات

القلب في سياق العملية وبالمثابرة عليها بعد التوسط الجزاحي .

م . دولاجنيار الابن (من لومانس) يسعى الى وضع حد بين البيئة السكرية والتهاب الشريان في غنغرينة الاطراف . فاستناداً الى الحالات التي شاهدها يخيل اليه ان قطع الشريان في غير السكريين مفضل بيد ان قطع الودي البسيط حول الشريان في السكريين كافٍ .

م . ماير (من بروكسل): يروي حادثة خاصة تمكن فيها من شفاء غنغرينة القدم السكرية بعملية قطع الودي حول الشريان الفخذي. فان هذا التوسط الصغير مع المعالجة بالانسولين قبل البضع وبعده كانا كافيين لاجتناب البتر

م . شابانيه (من باريس) يلفت الانظار الى ما لدرس سكر الدم في التأهيب للبضع من القيمة والى ضرورة انقاصه ما امكن قبل العمليـة ، فهو يروي بعض حوادث من ازدياد سكر دم مجهولة قـد افضت الى نتائج وخيمة في توسطات صغيرة .

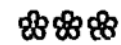
وهو يطري فوائد المعالجة بالانسولين ويشير باتباعها سنواتٍ طوالاً ويلاحظ ان من يتبعها قلما يصاب بعراقيل عفنة خطرة .

م . راتري (من باريس) : يحلل التقريرين المقدمين ، ويعرض في سياق الـكلام آراءه في النقاط المختلفة وهو مع اعترافه بقيمة سكر الدم العظيمة ، يخشى ان يعلل امرها تعليلاً سيئاً لان هذا السكر يتبدل تبدلات كبيرة في اليوم الواحد .

وهو يعلق شأناً اكبر على درس سكر البول . وبعد درس معالجة الداء السكري الدوائية وطريقة اعطاء الانسولين ، يستنتج نتيجة عملية في تأهيب

المرضى للعمليات تأهيباً حسناً ناصحاً باجتناب الاجتفاف الذي ينجم من اعطاء المساهل الكبيرة والصيام قبل البضع . ويشير بالاكثار من النشويات الذي ينقص العمل الجراحي معدل تمثلها، وباستعمال المصل الغليقوزي بطريق الشرج ، واعطاء الانسولين خلال الدور الجراحي ومقويات القلب بكثرة وثاني فحمات السودا بعد التوسط .

وليس راتري من محبذي الاستئصال الواسع في الجمرات الحميدة ، اما في غنغرينة الساق ، فهو ينصح بالتريث ، وبالبتر العالي في غالب الاحيان . ولا تجنى من قياس الاهتزازات معلومات كافية ورسم الشرايين خطر في السكريين .



الشرق الاقصى

للعليم لوسركل استاذ السريريات الجراحية سابقاً

ترجمها العليم انور هاشم

حينما يسافر المرء من الهنـد بطريق كولومبو وتطأ قدماه بانَنغ تلك الجزيرة الصغيرة التي وفّر فيها الانـكليز كل اسباب الراحة يدخل البلاد الصفراء ويرى طليعة الصينيين . فاذا تجاوز هذه الجزيرة الى ساحل ماليزيا المقابل خطفه قطار فاخر واخترق به سيام الى مـكان لا يبعد ثلاث ساعات بالسيارة عن اطلال انغور .

وسيام الـكائنة بين قطرين مجاورين : الهند الصينية الفرنسية من جهة وبرمانيا البريطانية من جهة اخرى لها في بنغوك مدرسة طبية اميركية ومعهد پاستوري من الطراز الفرنسي يديره في الوقت الحاضر اطباء سياميون ولـكن ذكرى ليوبولد روبرت الذي اداره قبل مجيئه الى دمشق مدة تربو على ثماني سنوات لا تزال حية فيه .

وكانت الهيضة قد استعادت نشاطها في بنغوك حين مروري بها وكانوا في المعهد يلقحون باستمرار . وحديقة الثعابين حيث تحضر المصول الترياقية هي قسم من المشاهد الجذابة التي يقدمها كوك لمسافريه .

وفي جزر الفيليبين في مدينة مانيل معهد طب تحيط به الحدائق الغناء وهو يؤلف مع مستشفاه الذي اوجد للتعليم مجموعة على غاية من التناسق في تلك البقعة الـكثيرة الرياض التي احسن الاميركيون تنسيقها فجاءت آية

في الابداع الى جانب البلدة الاسبانية القديمة التي تخنقها اسوارها . وهـذا التباين بين هندسة الجيل الحديث والجيل القديم يستلفت النظر ولا يبعد المرء عن هذه الامة ذات الثغر الباسم والوجه الضاحك الا وفي نفسه حسرة ومع ذلك فبعد يومين سنترك هذه الشمس المشرقة الجميلة الطالعـة بنورها الوضاح على ربى نصف الـكرة الجنوبي وتلك الرطوبة في الاماكن المعتدلة ونعود الى ضباب نصف الـكرة الشمالي الى برودة الربيع الصيني . ولما ابحرنا نزع البحارة ثيابهم البيض وارتدوا الالبسة الجوخيـة الخضر وابتدأ البرد يظهر فعله فـكان سعال فعطاس فتقشع حتى كأن السفينة قد اصيبت بالزكام !

ان مدينة هونغ كونغ انـكليزية وهي صورة مصغرة لريودي جانيرو ولـكن سفن الحرب الانـكليزية والاميركية كانت تزدحم في المرفإ . ولم البث طويلًا في كانتون حتى استطيع الحـكم على معارف الاطباء الصينيين . وعدا ذلك ففي تلك البقعة الشيوعية حيث يمنع كل شيء حتى تصوير الطريق المملوء بالاقذار لا يرغب المرء ان يسترسل في استقرائه الى امد بعيد فسرعان ما يوقفه عن تحفزه اولئك الشرطيون الذين يحيطون به حين زيارته لبعض الآثار واصبعهم على زناد مسدسهم الصغير المرتبط بزنارهم والمتأهب للانطلاق فلا يدري الزائر ما اذا كان انطلاقه سيرديه او يحميه من معتدٍ ينبعث من بين تلك الجموع الصينية الطامية ؟ ان نصف السكان يعيشون في زوارق على الماء . اما البعثات الاجنبية والمصارف فلقد شاءت حكمتهم ان يستقروا في ما يشبه الجزيرة حول يانغ تسيكيانغ حيث يسهل تنظيم الدفاع اذا قضت الحاجة .

وفي شنغهاي التي هي اقل جفاء واكثر ترحيباً بالضيوف تأخرنا بضع ساعات بسبب صعوبة الابحار في الضباب وبسبب اصطدام السفينة في الليل اصطداماً خفيفاً لم ينتج لحسن الحظ سوى رجة عظيمة وخرقاً صغيراً في مقدم السفينة وهلع بعض المسافرين . فهذا التأخر الذي ما كان ليخطر ببالي اتاح لي ما كنت ابغيه من زيارة المعاهد الطبية الجراحية في نيويورك الشرق الاقصى فان اشنغهاي الفضل باحتوائها على ستة معاهد طب منها المعهد الصيني واما المعاهد الاخرى فهي مؤسسات خاصة تعينها مالياً حكومات البلاد الاخرى التي تتسابق الى نشر الدعاوة في الصين .

فلم ارَ بداً من زيارة معهد الفجر (L'Aurore) وقد سماه طلبته الأول بهذا الاسم تفاؤلاً بمستقبله الباهر . ويدير الآباء اليسوعيون هذه المؤسسة حيث تلقى الدروس بالفرنسية . وقد شاء رئيسها الاب المحترم رغم مشاغله العظيمة وضيق وقته ان يرافقني في زيارة معهده . تتألف هذه الجامعة من معاهد للحقوق والطب والعلوم والآداب والفلسفة وشعبة تأهيبية لهذه الفروع المختلفة . والهدف الذي ترمي اليه هذه المؤسسة قبل كل شيء هو انماء الثقافة القومية والاطلاع على الثقافة الفرنسية بنفقات ضئيلة واعفاؤهم من الرسوم الباهظة فيما لو ارادوا التثقف في البلاد الاجنبية . وقد اعترفت الحكومة الوطنية التي تشكلت في نانكين سنة ١٩٢٧ بالجامعة رسمياً سنة ١٩٣٢ وتتألف هيئة القائمين بادارة الجامعة من اساتذة فرنسيين وصينيين .

ويقرب برنامج التدريس في معهد الطب من البرامج الفرنسية بقدر الاستطاعة . ويلقي الدروس اطباء من المستعمرات مطلعون على عادات البلاد

يعاونهم اساتذة صينيون كان احدهم طبيباً داخلياً في مستشفيات باريس. ومع ان معرفة اللغة الفرنسية شرط من شروط الانتساب للجامعة فان دروساً فرنسية تلقى على الطلبة خلال السنتين الاولاوين من سني التدريس ومجملها ست مع صف العلوم (P. C. B.) للاطباء واربع سنوات لاطباء الاسنان. وعلى الطالب تأدية فحص في الاشعة حين اتمامه الدرس مع فحوص السريريات الداخلية والخارجية. وتمنح سنة للطبابة الداخلية لمن يود ذلك من الطلبة النجباء الذين حازوا لقب عليم في الطب.

وينظر في اوراق الفحوص التحريرية فاحصون فيضع كل منهم علامته مستقلاً عن الآخر. اما الفحوص الشفهية فتجريها لجنة تتألف من ثلاثة فاحصين يتقدم اليهم التلاميذ تباعاً. والعلامة الوسطى الناتجة من معدل العلامات الثلاث. هي العلامة التي يكون الطالب قد استحقها ويقوم معهد الطب باصدار نشرة طبية باللغتين الفرنسية والصينية. ومن مميزات معاهد الصين تدريسها المصطلحات الطبية باللغة الصينية التي قطعت شوطاً في هذا المضمار فالطالب الصيني يدرس المصطلحات بلغته واحدى اللغات الاوروبية

ان ابنية المعهد واسعة جميلة المظهر ذات طبقات عديدة وفي قربها المستشفيات المعدة للتعليم التي تديرها راهبات المحبة. وفي مستشفى القديس انطونيوس يبدأ الطلبة حتى السنة الثالثة بالتمرن على مباحث الاعراض والتشخيص والجراحة الصغرى. وفي مستشفى القديسة مريم الذي تتوفر فيه اسباب الراحة للاغنياء والفقراء على السواء (٦٥٠) سريراً (٤٠٠) منها للفقراء ومنها (١٥٠) سريراً للجراحة و (١٥٠) للامراض الباطنة والباقي

للتوليد وشُعَب الاختصاص .

وترتيب البرامج يقضي بأن يتم الطالب دروسه النظرية كلها قبل النصف الثاني من السنة الاخيرة ليستطيع في النصف الثاني والاخير من الانقطاع بكليته للمستشفى حيث يهيء فحوصه السريرية الاخيرة . ولا يصل من الطلبة الذين انتسبوا للمعهد في صف العلوم الى الصف الاخير من الطب الا الثلث فقط .

وقد جاءت هذه الشدة التي سار عليها (معهد الفجر) ولو وصم بالقسوة بفائدة لا تنكر .

وبعد ن صرفت ٤٨ ساعة في الباخرة ونهاراً في قطار فيه عربة للطعام يتمنى المرء ان يجدها في جميع قطارات اوروبا بلغت بيكنغ التي اضاعت عظمتها وفقدت لقب العاصمة ولم تعد لها تلك الشهرة التي اكتسبتها في الماضي . ان مستشفى ميخائيل الفرنسي الكائن في الحي الاوروبي جميل المظهر والحكومات الممثلة في بيكنغ تمد يد المساعدة الى المستشفى ورجال الدين الذين يتمتعون هنالك بنفوذ كبير . وانني اعترف بان كنوز بيكنغ النفيسة الباقية في القصور الامبراطورية على الرغم من كثرة السرقات او عند بائعي الآثار القديمة على الرغم مما ابتاعه الاميركيون واليابانيون منها قد انستني ان هنالك مستشفى صينياً اسمه روكفلر كان على ما يظهر جديراً بالزيارة .

ها انا انتقل من سواحل الصين الى اراضي اليابان البركانية ! لله ما ابدع اشجار الكرز الزاهرة واجمل هذه الجبال الشامخة التي كستها الطبيعة حلة سندسية تفتن اللب . ما اعظم الفرق ما بين هذه المناظر التي يحار العقل في

وصفها ومناظر الصين الدكن ورياح صحراء غوبي العاصفة المفعمة بالغبار وجبال منغوليه الجرد حيث لم ينبت فيها شيء سوى سورها العظيم . ولكن ما لنا وكل هذا . . .

ان جامعة طوكيو الامبراطورية تحيط بها اسوار بديعة وقد شيدت في تلك البقعة الفسيحة سبعة معاهد بملحقاتها وهي معاهد الحقوق والطب والهندسة والآداب والعلوم والزراعة والاقتصاد ، ويتبع ذلك المكتبة العامة فمعهد الامراض الانتانية فمعهد ابحاث الطيران فالمرصد الفلكي فمعهد ابحاث الزلازل فمستشفيات معهد الطب فمعهد علم الاحياء البحرية فحديقة النباتات فمعهد التاريخ والجغرافيا فدائرة تشمل مسافات شاسعة من الاحراج المعدة للتجارب . الخ . . .

اقلّتني سيارة فخمة ذات صباح الى هذه الجامعة العظيمة فرأيت امامي قوماً لا يتكلمون الا اليابانية ولوحات كتبت جميعها باليابانية ايضاً . وكنت كلما القيت على من اصادفهم من الطلبة المرتدين قمصانهم البيض سؤالاً بالالمانية او بالانكليزية حتى بالعربية لا انال الا ابتسامة تامة على جهلهم للغة التي كنت اخاطبهم بها وبينما انا غارق في حيرتي تقدم مني احد الطلبة وتمكن ان يفهم مرادي فقادني الى شعبة التجبير حيث عثرت اخيراً على مساعد كان قد تعلم الفرنسية في المدرسة فنجوت حينئذٍ من مأزقي الحرج وبفضل كلمات معدودات بقيت عالقة في ذهنه منذ عهد الدراسة افهمته ما اريد فرافقني الى شعبة الجراحة .

وجدت هنالك الاستاذ تسينوكي (Tsinuki) الذي يتكلم الانكليزية واليه يعود الفضل في اعطائي هذه المعلومات التي انقلها اليكم قال : « آسف

لعدم تمكني من ان اريك احسن مما ترى بعد ان نكبت جامعتنا تلك النكبة الكبيرة في الزلزال الذي حدث في اول ايلول سنة ١٩٢٣ قبل الظهر بدقيقتين وحوّل طوكيو الى اتون متأجج وقد سرت النيران الى الجامعة فبدأت بمختبرات الكيمياء والصيدلة وامتدت الى الابنية المجاورة فالمكتبة حيث اتلفت (٧٠٠,٠٠٠) مجلد شرقي وغربي فحولتها في ساعتين رماداً. وقد جدد البناء بمعونة روكفلر وفي البناء الكائن في مدخل الجامعة (٩٩٥,٠٠٠) مجلد. وقد شيدت الابنية مجدداً بالحجارة الا الشعبة الجراحية التي بقي بناؤها خشبياً. وعلى الطالب الذي يرغب في الانتساب الى الجامعة بعد انجاز دروسه الثانوية ان يدخل الشعبة التحضيرية العليا حيث يدرس سنتين الى ثلاث سنوات بحسب المعهد الذي يود الالتحاق به. وعلى الرغم من هذه الدروس التحضيرية قد لا يتاح للطالب دخول الجامعة لان عدد الطلاب محدود. فاذا تجاوز عدد المتقدمين الاماكن الشاغرة دخلوا المسابقة واختير الاصلح منهم هذا ما يحدث في طوكيو حيث الطلبة كثيرون اما في معاهد الاقضية الاخرى فقلما يقع مثل هذا وفي اليابان ثماني جامعات امبراطورية وجامعة طوكيو اقدمها واكبرها وتأخذ هذه الجامعات نصف ميزانيتها من الحكومة والنصف الباقي من وارداتها الخاصة.

تبتدىء السنة الدراسية في اول نيسان وتنتهي في آخر اذار من السنة المقبلة وتقسم ثلاث دورات كل اربعة اشهر على وجه التقريب تفصل بينها عطلة الربيع (من ١ — ٧ نيسان) وعطلة الصيف (من ١١ تموز — ١٠ ايلول) وعطلة الشتاء (من ٢٥ كانون الاول ٧ كانون الثاني) ويضاف الى

ذلك ايام الآحاد والاعياد الرسمية وذكرى الحوادث الهامة ويوم الاعتدال الخريفي (٤ ايلول) والاعتدال الربيعي (٢١ اذار) .

تجرى الفحوص في انتهاء كل دورة . وبعد ثلاث سنوات في الجامعة (٤ سنوات للطب و٣ للصيدلة) يحصل الطلبة على اجازتهم التي تمكنهم من مزاولة المهنة . ويحق للبعض بموافقة المعهد وتحت اشراف استاذ معين ان يتمرنوا سنتين يقدمون بعدها اطروحة فيمنحون لقب علم اذا حازت القبول.

ان معهد طوكيو معهد مختلط للطب والصيدلة ، فيه في قسم الطب (٥٦٠) طالباً وفي الصيدلة (١١٠) وفيه (٣٦) استاذاً و (٢١) معاون استاذ و(٥٩) محاضراً . وفي طوكيو خمسة مستشفيات ومستشفى الجامعة احسنها ويشتمل على (٧٧١) سريراً مقسمة الى (١٥) شعبة . وللمستشفى ملحق فيه (٢٠٨) أسرة مقسمة الى (٦) شعب . وفي المستشفى شعبة لتعليم الممرضات اللواتي يدرسن مدة سنتين .

ولنعد الآن الى شعبة الجراحة فنقول ان هذه الشعبة قسمان : احدهما للاستاذ تيتزيكو ايامـا (Titsuco Ayama) والآخر للاستاذ مازاو تسينوكي (Masao Tsinuki) وهما متشابهان وكائنان في البناء الخشبي ذاته . وقد جرت العادة في اليابان ان يخلع المرء حذاءه حينما يدخل مكاناً ما . وهذا التقيد متبع كذلك في المستشفى وقد فاتني ان انتبه للأمر فدخلت المستشفى محتذياً ورغم ذلك اظهر مضيفي لطفاً زائداً ولم يجعلني اشعر بعملي الذي كان فيه شيء من عدم اللياقة . على اني وجدت نفسي تجاه الامر الواقع حينما قصدت بناء اخر حديث التشييد فاعترضني البواب واشار اليّ ان اخلع

حذاءك فعرفت حينئذٍ خطإي السابق . ولقد كان ما رأيته دليلًا على نشاط اليابانيين وعلى عظمة باهرة هي نتيجة لجهود متواصلة بهمة لا تعرف الكلل . ولقد اجتزت بعد ذلك تلك المعامل الهائلة الممتدة بلا انقطاع من كوبه الى طوكيو ماراً باوزاكا العظيمة ومرفأ يوكوهاما الجميل وبعد ان امضيت ردحاً من الزمن في الفنادق المشيدة على احدث طراز والتي تحيط بها الحدائق الغناء المشرفة على طرق المدينة ذات الحركة الدائمة التي لا تفتر . وبعد ان حضرت روايات تمثيلية لا تقل عن اروع ما يشاهد في بلادنا . وسمعت من الالحان الشجية ما ترقص له الافئدة طرباً . وبعد ان ادهشتني هذه البلاد العجيبة التي تميل الى التقليد متعطشة الى ابتكار ونقل كل ما هو حديث طامحة الى السيادة على آسيا بل العالم أجمع. خيّل اليَّ عندئذٍ انني في الغرب الاقصى وليس في الشرق الاقصى وانني سأجد في هذه البقعة كل ما يتعلق بمستقبل الجراحة ولكن ياللخيبة . . . فالجناح خشبي ولا يشتمل الا على طبقة ارضية مرتفعة بعض الارتفاع ويتألف من رواق مركزي تتشعب منه القاعات والمخابر ومستوصف الاشعة والخ . . . لقد اروني كل ما عندهم ولكنني لم ارَ شيئاً : قاعات صغيرة مزدحمة واسرة مدارة الى ناحية النوافذ ولم يكن ذلك اليوم يوم عمليات ولم ارَ اشخاصاً قد اجريت لهم عمليات. وقاعة العمليات غرفة مسدسة الزوايا من الخشب مصنوعة بشكل مدرج مع كراسي تطوى لمائة او مائة وخمسين مشاهداً وربما لأكثر وفي الحائط عاكسة للنور تضيء منضدة العمليات . فاين نحن من قاعة العمليات المزججة التي يعقم هواؤها . وفي تلك القاعة قوارير مملؤة بالمحاليل المطهرة المختلفة الالوان وكل هذا

يدعو الى الارتياح . اجل لعلّ الطرز الجراحي جيد والنتائج باهرة غير ان هذا يصعب تحقيقه في محيط كهذا والارض ناتئة هنا ومنخفضة هناك لاتعرف للاستواء والانتظام اسماً . انشعبة الجراحة هي اول ما يجب اصلاحه وقد رأيت جناحاً جديداً ابوابه من المعدن ولكن ارضه من الخشب واثاثه قديم اكل الدهر عليه وشرب .

والعيادات الخارجية قد جمعت في دارٍ تشتمل على اربع طبقات لا يخلو منظرها الخارجي من الجمال ولكن داخلها قد فرش بعمدات لا توافق الجراحة الحديثة ولعلّ الغاية من اختيار هذا النوع من الاثاث مكافحة النيران والزلازل ولم اجد تناسباً بين ما في هذه الشعبة وتماثيل الاساتذة الالمان الشبهية (البرونزية) التي ازدانت بها الحدائق . ولا اظنّني اخرج عن دائرة اللياقة اذا ما نقدت هذا النقد الصارم شعبة الجراحة التي نقلها اليابانيون عن الالمان والاميركان أو جهرت بانها لا تعادل الجراحة الفرنسية .

وفي نهاية هذه السياحات التي بدأتها منذ ثلاث سنين في عاصمات اوروبا واتبعتها السنة الماضية بسياحة في كندا والولايات المتحدة واكملتها هذه السنة بزيارة اليابان فاتممت بذلك سياحتي حول الارض واستناداً الى ما شاهدته استطيع ان اقول دون تحيز انني أفضل دوماً الآراء الفرنسية . لا انكر ان في كل بقعة من هذه الكرة قد يظهر عباقرة وعلماء بمعرفتهم مـا غمض من الامور وقد تشاد دور شاهقة ليس في مقدورنا تشييدهـا ولـكن العقل السليم وصحة الحـكم مع الدقة والبساطة والوضوح والاناقة هي من مميزات مناهجنا وانظمتنا وبرامجنا . فاتمنى ألا يبتعد عنها تلاميذي القدماء في دمشق .

الوسائل التي تساعد على تقليل

الأمراض الوراثية

للعليم شوكت موفق الشطي استاذ علمي النسج والتشريح المرضي

يجدر بنا ان نقسم هذه الوسائل قسمين: فعّالة ومساعدة. اما الفعالة فهي التي تحول دون توالد المصابين بالامراض الوراثية . قد يخيّل الى القارىء ان هذا الامر سهل وانه يكفي فيه ان ينصح الطبيب المصاب بالامتناع عن الزواج او يرشده الى طرق تحول دون جعل هذا الاقتران مخصباً . فاذا فرضنا ان فئة مثقفة من المصابين قبلت بهذا الرأي فماذ يكون شأن غيرهم وقد يكون المرض الوراثي ضعفاً في العقل فهل ينتظر ممن كان ضعيف العقل ان يتبصّر في مستقبل نسله . على انه ليس في الطب من وسيلة تحول دون التوالد حؤولاً حقيقياً غير الإعقام . لذلك عظم شأن هذا البحث في السنين الاخيرة وعني به علماء تحسين النسل عناية فائقة .

الإعقام وآراء العلماء فيه (١)

لقد ثبت علمياً ان بعض الامراض متوارثة كبعض الصفات . ولما كان قسم من هذه الامراض مؤذياً للمجتمع جد العلماء في ايجاد وسيلة تحول دون

(١) اعتمدنا في نقل هذا البحث على ما كتبته المقتطف وعلى ما نشره العالمان بول بوبنو (Paul Popeno) المناصر للإعقام وجون رايان (John Rayan) المناهض له

اخلاف المصابين نسلاً من دون ان تترك اي اثر في حياتهم الجنسية فوجدوا في الإعقام الحديث ضالتهم المنشودة وحكمتهم الضائعة. وكانت بعض المحاكم الاميركية ترغب في سن قانون يحول دون توالد المرضى المذكورين ولكن الطرق المشوهة التي كانت متبعة لتأمين هذه الغاية كالخصي في الرجل او ما يقابله في المرأة والتي تؤثر في حياة المبضوع اثراً سيئاً حالت دون اقرار تشريع بهذا الصدد . اما وقد استنبطت الوسيلة الجديدة البسيطة في الإعقام عادت المحاكم في الدولة الاميركية فقبلت هذا المبدأ واقرته واتبعتها في ذلك محاكم دول كثيرة . يتضح من ذلك ان الولايات المتحدة كانت اسبق الامم الى سن قوانين تقضي باعقام المصابين بأمراض وراثية بحسب الطريقة الحديثة. وفي اميركة الآن ٢٨ ولاية من ٤٨ ولاية قبلت بهذا المبدإ وسنت القوانين من اجله وتبعتها في ذلك ولايتا البرتا وكولومبيا في كندا ومقاطعة فود في سويسرة وولاية فيراكروز في المكسيك ومدينة دانتزيغ الحرة والدانمارك وفنلندا واسوج ونروج والمانية وتعنى الحكومات الاخيرة بالتعمق في دراسة الموضوع توطئة للتشريع فيه .

ويتم الإعقام بربط الاسهرين او جذهما في الرجل وبربط النفيرين او جذهما في المرأة اما عملية ربط الأسهر في الرجل فيكفي فيها التخدير الموضعي وتقوم باجراء شقين متناظرين في الصفن تجرد من خلالهما القناة الدافقة وتربط في الطرفين فيمتنع اشتراك الحيوينات المنوية بالمني فلا يعود منتجاً . ان هذه العملية بسيطة تتم في نحو ١٥ دقيقة،قليلة الألم ولا يستغرق النقه منها الا بضعة ايام حتى انها تكاد لا تحول دون قيام الرجل بعمله اليومي

وقد اجريت هذه العملية ابتغاء الإعقام سنة ١٨٩٩ وهي لا تختلف عن عملية شتيناخ في الإشباب .

اما عملية ربط النفيرين وجذهما فلا بدّ فيها من فتح البطن في الطرفين وربط نفيري فالوب او جذهما منعاً لسير البييضات في النفير وهجرتها من المبيض سعياً وراء الاجتماع بالحيوين المنوي . وتقتضي هذه العملية استعمال مخدر عام فهي من قبيل عملية استئصال الزائدة الدودية ويجب ان تبقى المرأة في المستشفى تحت اشراف الطبيب او الممرضة مدة عشرة ايام . وقد جرت العادة ان تجرى العملية للرجل اذا تقدم وزوجته طالبين الإعقام لان العملية في الرجل اسهل وتكفل تحقيق الغرض . ولا تؤثر العمليتان المذكورتان اي تأثير غير طبيعي في حياة الرجل او في حياة المرأة من الناحية الجنسية فحيض المرأة مثلًا لا يتأثر بها كما ان عمل الرجل الغريزي الجنسي لا يبطل . فليس الإعقام والحالة هذه مشوهاً للجسم ولا يلجأ اليه اليوم كوسيلة للقصاص بل كواسطة فعالة لتحسين النسل وخدمة الاجيال المقبلة

يتقدم الكثيرون ممن أصيبوا بامراض وراثية لهذه العملية من تلقاء انفسهم على ان اكثر الحكومات وضعت قوانين تجعل الإعقام اجبارياً على الاشخاص الذين قد يفسد نسلهم المجتمع .

انصار الاعقام واخصامه: ان انصار الاعقام كثيرون وعددهم آخذ بالازدياد ومنهم الدكتور ادولف اورتنر الذي يعد الاعقام وسيلة من وسائل الوقاية من الامراض ويرغب في ان يشمل جميع الأمراض العقلية والوراثية ومدمني المسكرات والمجرمين وضعاف الاخلاق ويرجّح ان الاعقام

سيلاقي نجاحاً في المانية ومتى تم ذلك انتشرت هذه الوسيلة بعدئذٍ في جميع الأمم كوسيلة للتخلص من حثالة الانسانية

ومنهم ايضاً ويغام (Wigamm) وهنتنغتن (Huntington) وستودرد (Stodard) الذين يعتقدون ان المصابين بامراض وعاهات وراثية خطر على الجنس البشري لأنهم يورثون امراضهم وعاهاتهم وان الحضارة التي بنيت بارواح الانبياء وعقول العباقرة لايجوز ان تخلّف لأقزام الجسم والعقل والروح ويضيفون الى ذلك وجوب الحيلولة بين بعض المجرمين واخلاف النسل .

ومن انصار الاعقام القاضي الاميركي المشهور اوليفر وندل هومز فقد قال ان احداً لا ينازع في حق دولة من الدول ان تبذل حياة ابنائها المتازين عقلًا وحيوية في الحرب فمن المستغرب ان يُنازَع في حقها ان تطلب في ايام السلم من ابنائها الضعفاء تضحية في سبيل حماية الذريات المقبلة .

اما اخصام هذه الوسيلة فليسوا كثيرين فقد اخذ عددهم يتناقص بتقدم علم الوراثة الذي اماط اللثام عن حقائق كانت مجهولة. غير ان الكاثوليكيين يرون في هذه الطريقة تحديا على حقوق الانسان وامتهاناً للانسانية فهم يناهضونها مناهضة شديدة حتى ان قداسة البابا اصدر حكماً في ٣١ كانون الاول سنة ١٩٣٠ تعرض فيه للزواج عند النصارى وللاعقام فلم يقره استناداً الى التعاليم الكنسية .

ويعترض بعضهم على الاعقام مدعين ان هذه الوسيلة لا تمنع انتاج ولدان مشوهين ولا تحول دون وفرة عددهم في المجتمع اذ قد تنتج امراضهم العقلية وتشوهاتهم الوراثية من اسباب اخرى ويقولون ان في البيئة حملة عيوب

كامنة كثيرين يحملون في صبغياتهم (كروموسوم، العرى اللونية) عاملاً معيناً معيباً دون ان يبدو العيب فيهم . ويقدرون ان في الولايات المتحدة نحو عشرة ملايين من الناس الاصحاء الاجسام يحملون عوامل وراثية معيبة وليس ثمة وسيلة علمية على الاطلاق لمعرفة هؤلاء الناس واعقامهم خوفاً من ان تجتمع بالزواج عواملها الوراثية او بعضها بما يقابلها في ازواجهم فيلدون ضعاف العقول .

ويقولون هب اننا توصلنا الى معرفة من يحملون عوامل ضعف العقل من اصحاء الاجسام وعرفنا اي الصفات الانسانية المتوارثة تنشأ عن زوج واحد فقط من العوامل الوراثية ووضعت قوانين تجيز اعقام هؤلاء فهل نستطيع ان نقطع دابر هذه الامراض. والجواب على ذلك كلا لان احوال المعيشة السيئة قد تحدث اثراً كأثر العوامل الوراثية المعيبة فقد يصبح الناس مجانين او مجرمين او مسلولين لعيب في عواملهم الوراثية أو لعيب في معيشتهم او لعيب في الاثنين معاً .

ولكن اذا فرضنا اننا بلغنا كل هذا فان مشكلة القائلين بالاعقام لا تحل لان سؤآلاً خطيراً يواجههم وهو كيف نشأت هذه العوامل المعيبة اولاً وهل اجسام البشر ماضية في توليد عوامل وراثية معيبة بها فعلم الحياة قد اثبت ان اشعة اكس وبعض الاشعة تولد في الذبان تحولات في عوامل الوراثة وليس جميع هذا التحول مما يجلب الخير بل بعضه مما يضر . أفلا يجوز ان تكون اجسام البشر ماضية في توليد عوامل معيبة بفعل طائفة من الاسباب والبواعث المعقدة التي لا ندركها . والواقع انه ليس عند علماء

الحياة جواب عن هذا السؤال .

ويقول بعض المناهضين للاعقام انه قد يكون مانعاً دون انتاج ولدان سليمين بل ربما كانوا متفوقين على غيرهم لان نسبة ظهور الامراض الوراثية في النسل تختلف كثيراً

يتضح مما تقدم ان المعارضة التي يلقاها الاعقام تستند الى بعض الأسس العلمية الراهنة مما يجعل الوصول الى رأي عملي قاطع في الموضوع صعباً جداً على ان دعاة تحسين النسل لم يقولوا يوماً ما بان الاعقام وسيلة لتخليص البشرية من جميع المعتوهين والبله والمتشردين والصاديين ومدمني المسكرات والملوثين بالزهري او بالسل بل انها طريقة تساعد على تخليص البشرية من قسم من هؤلاء وفي ذلك كفاية .

وحينما يعترض خصوم الاعقام على القائلين بها يغالون كأن الاعقاميين يقولون بمنع انتاج من كان مصاباً بمرض تحتمل وراثته . على ان الواقع ان علماء تحسين النسل القائلين بالاعقام تحققوا ان بعض الامراض العقلية والعصبية الخطرة وراثية فاقروا اعقام المصابين بها ورغبوا في تطبيق قانون الاعقام على العهّار والصاديين ومدمني المخدرات والملوثين بالزهري او السل لان هؤلاء وان كانت اصاباتهم مكتسبة لا متوارثة لا ينتجون نسلاً صالحاً .

ان قوانين الاعقام صريحة ومقيدة لا كما يتوهم هؤلاء فقانون الاعقام الكاليفورني مثلاً يجعل الاعقام اجبارياً للمجانين وضعاف العقول الذين في منشآت الحكومة كالسجون ومستشفيات الامراض العقلية فاذا ظهر لمدير

القسم الطبي في احد هذه المنشآت ان تعقيم احد هؤلاء مرغوب فيه حماية له والمجتمع وللذريات المقبلة قدم تقريراً في الموضوع الى القسم الصحي في حكومة الولاية ومدير قسم المنشآت كالسجون والملاجىء فاذا حكما بوجوب العملية صار عملها قانونياً . ويستشار في الغالب اقرب اقرباء المريض اولاً ويطلب اليه ان يعلن قبوله كتابة . وقد اثبت الاختبار ان اقرباء المريض كانوا في الغالب يرحبون اشد الترحيب بالعملية بل كثيراً ما كانوا هم البادئين في الحث على عملها . فطريقة تنفيذ القانون الكاليفورني تجمع بين عنصري الاجبار والاختيار . وعنصر الاجبار في هذه القوانين اصبح مبدأ قانونياً معترفاً به في اميركة وقد قررت محكمة فرجينيا ان للولاية ان تنص على مبدإ الاجبار في احوال معينة .

هذا وصفوة القول ان الاعقام وسيلة صالحة تفيد المصاب بمرض وراثي لانها تمنعه من الإخلاف فتحول دون نقص كفايته في تربية الاولاد وتفيد ايضاً المجتمع لانها تقلل في النتيجة من عدد المعالجين في مستشفيات الامراض العقلية فتخفف الوطأة عن كاهل دافعي الضرائب . وقد تبين من اختبار الاميركيين ان المبالغ التي تصرف على مستشفيات الامراض العقلية طائلة لا يستهان بها لان المريض يكلف الحكومة مبلغ ٥٠٠ دولار في السنة فاذا حالت العملية دون انتاج اولاد على شاكلته كان من ذلك وفر عظيم على الدولة وتخفيف عن عاتق المكلفين . هذا ويكفي ان تثبت فائدة الاعقام في تقليل عدد الامراض الموروثة ليكثر عدد انصاره يوماً عن يوم ويزداد شيوعه حولاً بعد حول وتقره الدول الواحدة بعد الاخرى .

وأما الوسائل المساعدة فكثيرة واعظمها شأناً انتقاء الازواج وتوسيع دائرة الانتخاب ويكون ذلك بالبحث عن الامراض الوراثية في الزوجين حتى اذا تبين اصابة احدهما كف عن الزواج وبتحكيم العقل لا العاطفة في انتقاء الازواج لان تحكيم العاطفة يسلب من الانسان تفكيره في هذا الشأن فيتغاضى عن عيوب من يحب فتضيق دائرة الانتخاب ويضل الراغب في الانتقاء ، وباجتناب التزاوج بين الاقارب : عرف علماء تحسين النسل ان الزواج بين الاقارب رديء الثمرة وان اولاد الزوجين القريبين ضعفاء ممتلون بعلل جسمية وعقلية يتفشى فيهم البكم والخرس والصمم والبله والعمى والجنون المتردد وغير ذلك من العيوب الجسمية والعقلية وان كثيراً من الأسر التي اعتادت الزواج بين الاقارب كان نصيبها الانقراض شيئاً فشيئاً والاضمحلال رويداً رويداً وقد بيّنا في بحث انتقال الصفات ان الاولاد المتحدرين من اسلاف بعيدين لا تكون عيوبهم في الغالب مستقرة في العرى المتقابلة فلا ينقلون هذه العيوب كثيراً اذ يغطي الصحيح المعيب منها خلافاً للاولاد المتحدرين من اسلاف قريبين فتستقر العيوب فيهم في العرى المتقابلة فينقلون المرض والعيب .

وهذا ما يجعل اولاد الزوجين البعيدين اكثر تفوقاً من اولاد الزوجين القريبين فالزواج من القرائب يكشف العيوب الكامنة واما الزواج من الغرائب فيسترها وهذا هو سر من اسرار تحريم الشرائع والقوانين للتزاوج بين الاقارب تلافياً لاضراره في الذرية وقد صار الانسان من طبعه يأنف الزواج من اقاربه حتى ان بعض الحيوان كالنمل ترحل اناثه في فصل

القاحها من خلياتها وتزحف جيوشاً جرارة طالبة ذكوراً غريبة عنها .

وقد عرف ادباء العرب وعلماؤهم الضرر الذي قد ينشأ من الزواج بين الأقارب فنفّروا عنه في اشعارهم ولله درّ شاعرهم حيث يقول :

فتى لم تلده بنت عم قريبـة فيضوى وقد يضوى رديد القرائب

ومعناه تزوجوا في الاجنبيات ولا تتزوجوا في العمومة . وقـد امتدح احدهم الزواج من الغرائب فقال :

تخيتها للنسل وهي غريبة فجاءت به كالبدر خرقا معمماً

وقد اطلق العرب كلمة الضغل على دقة البدن من تقارب النسب . وقد نصحنا النبي صلى الله عليه وسلم في الاجتناب عن الزواج بالاقارب بقوله اغتربوا ولا تضووا اي تزوجوا في البعاد الانساب لا في الاقارب لئلا تضوى اولادكم لأن ولد الغريبة انجب وولد القريبة يخلق ضاوياً اي ضعيفاً

❀❀❀

عبقر

هو اسم كتاب وضعه سليل بيت اللغة والعلم الشاعر الناثر شفيق معلوف نجل الاستاذ المؤرخ والاديب العلامة الاستاذ اسكندر عيسى معلوف ورسم صوره المصور الايطالي فرنكوشيني فجاء نموذجاً للادب العالي والتصوير النفيس ومثالاً حياً للعناية بالطبع والدقة في الترتيب وقد صدره الاستاذ الكبير عيسى اسكندر المعلوف بتوطئة بحث فيها عن اصل كلمة عبقر فذكر انها فارسية من كلمة (ابكار) بمعنى الرونق والعزة والكمال او من كلمة (Hyperkheir) على رأي العلامة اللغوي الاب انستاس ماري الكرملي بمعنى الذي تنال يده ما وراء مكنته وكل ذلك من معاني العبقرية اي الكمال من كل شيء

وعبقر قرية تسكنها الجن ينسب اليها كل فائق جليل ومنها العبقري وتدل على كل جليل نفيس فاخر من الرجال والنساء وغيرهم . والعبقرية تناسب كلمة (génie) الفرنسية و(gems) الانكليزية بمعنى التفوق في الشيء فكأن الاصل الافرنجي مأخوذ من كلمة جن . ثم بحث المصدّر عن الجن ورؤيتها وعما ورد عنها في كلام العرب وعن شياطين الشعر وعن الكهانة والعرافة وعن شق بن انمار بن نزار الذي كان شق انسان اي شطره له يد واحدة ورجل واحدة وعين واحدة وعن سطيح .

وبعد هذه المقدمة التي تعد بحق رسالة نفيسة تتابع قصائد الشاعر ورسوم المصور وفي كل منها معانٍ رقيقة ناهيك عن عذوبة الالفاظ في الابيات . يبدأ أشعاره بيقظات ورؤى فيلبسها من الالفاظ الحلوة ومن المعاني السامية ما يكاد يكون سحراً ثم بشيطان الشاعر فحديث الشيطان حيث يقول :

قلت لشيطاني أمن حالق برزت لي ام من شقوق الثرى
فقال اني جئت من بقعة خافية تدعونها عبقرا
تسوس فيها الجن عرافة ترى بزجر الطير ما لا يرى

الى ان يقول :

فقم بنا صاح الى عبقر نؤم ذاك المجهل الموعرا

ثم ينتقل بنا الى قصائد اخرى عن البلد المرصود فابالس الابراج فعرافة وعبقر فحديث العرافة فأميرة الجن فالشهوة فاغنية الجنية فالكاهن سطيح والكاهن شق وحديثهما ففي غابة الحور فثورة في الجحيم فنشيد البغايا فالعبقريون فرفات العبقريين فهمس الجماجم ومن بديع اقواله فيها :

لكنما احلامنا لم تزل ، ترقص سكرى فوق غلف المقل ، حاملة للناس خمر الهوى مشعة خلف كؤوس الأمل ، عشنا مع الناس دهراً ، نحلم بالشباب ، واليوم والعمر مرّا وضمّنا التراب ، نعيش فيهم بذكرى ، احلامنا العذاب

هذا ولا يتسع لنا المقام الى للاتيان بمحاسن الكتاب جميعها فكل ما فيه حسن لا بل كل ما فيه فائق جليل يدل على عبقرية الناظم وعلى ارائه المبتكرة وشعره الطلي اللذيذ . ولاغروَ ان يكون الكتاب انيقاً بطبعه مرتباً باشعاره لذيذاً بقصائده ، جميلاً بصوره اذا كان شبل المعلوف واضعه ، ذلك الشبل الذي رضع لبان العلم والادب من والديه وربي في هذا البيت العلمي فولد مفطوراً على الادب وعاش في بيئة الادب فتفشى الادب في صميمه وعمّ حواسه ومشاعره ان هذا الكتاب وما فيه من ابيات رقيقة المعنى ومن صور نفيسة دليل ناطق على ما نقول .

شوكة الشطي

الجزء ٨ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٧ م الموافق لذي القعدة سنة ١٣٥٥ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ١٢ كانون الثاني سنة ١٩٣٧

انتخب فيها اعضاء عاملين الحكماء السادة : احمد الطباع ، عزة مريدن ، شوكة القنواتي، بشير المظمه . وصدق تقرير الخازن السابق فتبين منه ان واردات الجمعية ٤٤٤٨٢،٥٠ غرشاً سورياً وان النفقات ٢٢٧٥ فيكون ما في الصندوق ٤٢٢٠٧،٥٠ غروش سورية .

ثم قرئت التقارير التالية :

الحكيمان ترابو وعزة مريدن : حبسة لا رمزية في رجل عمره ٤٥ سنة خال من العفونات الحادة والمزمنة ومن الانسمامات الكحولية وسواها واسرمان سلبي في دمه وسائله الدماغي الشوكي ويرجح كون هذه الآفة عصيدية (athéromateux).

٢ — الحكيم لاكومب : حادث فرفرية رثيوية: مريض ليس في سوابقه

ما يستحق الذكر اصيب بالفرفرية الجلية في طرفيه السفليين وبآلام مفصلية واختلالات معدية معوية مع تغوط زحاري ورعاف غزير وبيلة آحين وانحباس البولة في الدم وبلوغها ١٠٩٠ غراماً .

المناقشة : الحكماء حسني سبح ، لاكومب ، ترابو

الحبسة اللارمزية (Asymbolie)

للعليمين ترابو و عزة مريدن

ترجمها العليم اسعد الحكيم

ان حوادث اللارمزية المجردة نادرة . مما جعلنا نرى المشاهدة الآتية جديرة بعرضها عليكم .

السيد باكير . نجار . عمره ٤٥ سنة أدخل المستشفى العام في ١٩ تشرين الثاني سنة ٩٣٦ من قبل زوجته وولده لاختلالات نفسية منذ سنة ونصف سنة . ليس في سوابقه كحول ولا تيفية . ولا افرنجي تزوج في السابعة عشرة ورزق ابنتين

توفيت احداهما في العاشرة والثانية في السابعة بادواء غير معينة . وولدا ذكراً في قيد الحياة صحيح الجسم ، ولم تجهض زوجته البتة . وقد جاء واسرمان الدم والمائع الدماغي الشوكي مع الجاوي الغروي سلبياً . ولم يُظهر فحص قعر العين اي خلل . وابدى فحص الجسم رعشة في الطرف العلوي

الايمن شبيهة بالباركنسونية وانحرافاً خفيفاً في الملتقى الشفهي نحو الايسر . وشوهد الانعكاس الداغصي حاداً في الطرفين. ولم يبد اختلال في الحركات والتطابق . والحس السطحي والعميق والانعكاسات الوضعية ورومبرغ . والانعكاسات الحدقية وشوهد القلب والرئتان سالمة مع توتر اعظمه ١١ وادناه ٧ بفاكز لوبري . والبول خلو من السكر والآح . ويسترعي النظر بصورة خاصة الاختلالات النفسية او البكمية التي لم تتبدل من البدء فالمريض حاضر يفهم تماماً ما يلقى عليه من الاسئلة ويجيب عنها بصحة بدون اضطرابات في الذاكرة ومشاركة الافكار والذكاء .

فليس هنالك والحالة هذه اختلاط ذهني لان الاتجاه الزمني والمكاني صحيحان ولا بكم حركي لان الكلام مفهوم والمريض امي لا يقرأ ولا يكتب وهو يفهم تماماً ما يؤمر به لفظاً فليس ثمة اذا صمم كلامي (surdité verbale) وعلى اغلب احتمال ليس ايضاً عمى كلامي (cessité verbale) فاذا قدمنا اليه غرضاً شائع الاستعمال كقلم حبري مثلاً لا يقدر على تسميته ولكنه يستطيع وصف شكله ولونه وتقدير سطحه ووزنه حتى لماذا يستعمل.

فيقول هذا للكتابة . فهو اذا قادر على تأليف مختلف اوصاف الشيء وذكر استعماله ما عدا الاسم فقط فانه يفوته. وهذا ما اصطلح على تسميته في لغة الطب العصبي باللارمزية الخالصة (asymbolie pure) وهو اختلال يرد الى آفة محدودة في الانثناء المنحني . وهو اختلال محدود في الكلام الباطني . فهذا المريض ليس والحالة هذه منفوساً (psychopathe) ولكنه نبوي استناداً الى انحراف الملتقى الشفهي الدال على استرخاء مركزي

للوجهي السفلي والى الرعشة التي هي من النوع الباركنسوني والى نشاط بعض الانعكاسات: هذا وان الحوادث المشاهدة لا يمكن اسنادها الى آفة واحدة كما انها لا تجد تأويلاً مقبولاً الا بفرض وجود فرجات صغيرة ومنعزلة احداها في الانثناء المنحني والثانية في الجزء المخطط والثالثة في المنطقة الرولاندية او على مسير الحزمة الهرمية.

ويغلب انها عصيدية (athéromateux) لقلة ارتفاع التوتر الشرياني. ومن الممكن تخفيف لارمزية مريضنا كما هو الحال في البكم بواسطة التعليم. على ان المريض توصل بفضل الاستجوابات المختلفة والتشبثات المتعددة الى وجود اسم الشيء غب بضع دقائق. ومن الواجب تفريق هذا الاختلال النادر عن العمه (agnosie) او العمى النفسي (aphasie psychique) الذي يتعذر فيه ذكر اسم الشيء واستعماله. على ان العمه واللارمزية يدخلان في بكم فرنيكه الحواسي.

حادث فرفرية رئيوية

للحكيم لاكومب في المستشفى الفرنسي العسكري

ترجمها العليم اسعد الحكيم

المدعو تاباريني من المدفعية الاستعمارية للشرق دخل المستشفى العسكري في قسم المحمومين في ٢٣ كانون الاول بتشخيص «آح مع فرفرية»

ولدى المعاينة شوهد المريض الذي كان يتمتع بصحة عامة جيدة

مصاباً بفرفرية غير منتشرة ولكنها شديدة الوضوح في الطرفين السفليين، في الساقين والقدمين فقط. وهو يشكو آلاماً قطنية وبطنية مبرحة يرافقها بعض التقفع في الجدار مع رعاف. الحرارة ٣٧,٨ النبض ٧٨ جيد القرع. الاصغاء القلبي الرئوي لا ينم على حالة مرضية. التوتر الشرياني ١٤ — ٨ بمقياس لوبري.

وقد اجاب عن سوابقه وكيفية نشوء علته الحاضرة بما يلي:

هو كورسي المنشأ، عمره ثلاثون عاماً. مضت عليه في الخدمة ثماني سنوات ونصف سنة والداه في قيد الحياة يتمتعان بصحة جيدة. وكذلك اخوته واخواته التسعة. اصيب في صغره بالحصبة غير المعرقلة. ويجزم بانه لم يصب بالتيفية والدفتيريا والقرمزية وعند دخوله السلك سنة ١٩٢٧ مكث في فرنسة وبالهند الصينية بدون حادث.

لم يمرض منذ مجيئه سورية في حزيران ١٩٣٤ حتى كانون الاول ١٩٣٦. ففي ١٠ منه دخل مستوصف القطعة لخناق عادي المظهر لم يستلزم ارساله للمستشفى. وخرج في ٢٢ منه والتحق بقطعته صحيح الجسم. غير انه في مساء اليوم نفسه لحظ للمرة الاولى انتفاخاً في ساقيه وشعر بآلام قطنية شديدة سلبته الرقاد طوال ليلته وانتشرت حتى ركبتيه. وفي هذه الليلة ايضاً اصيب برعاف غزير. وفي الصباح بعد ان فحصه طبيب القطعة ارسله لمستشفانا للتشخيص الآنف الذكر.

وبالنظر الى العلامات المتقدمة الذكر حلل البول تحليلاً تاماً وعويرت الجبولة في دمه

فكانت النتيجة : البول : الحجم ٣٠٠ الكثافة ١٠٢٥ ، التعامل حامضي الآح١٢ غراماً في الليترة، السكر سلبي، ملاح واصبغة صفراوية غير موجودة، البولة ٣٦ غراماً في الليترة ، الكلورور : ٤غرامات في الليترة ، اندول وسكاتول موجودان، البولة الدموية ١،١١ غرام في الليترة .

الفحص المجهري من قبل الطبيب الكابتن فريجافيل (Fréjaville) :

كريات بيض كثيرة العدد ، كريات حمر نادرة جداً . بعض اسطوانات حبيبية. اما براز المريض فوجد مخاطياً مدمى. واجاب عنه المخبر : انه زحاري الشكل . فيه كثير من الدويبات المشعرة (trichomonas) وقليل من شعريات الرأس (trichocéphales) وهو خال من المتحولات (اميب)

المعالجة : محاجم مدماة في الناحية القطنية يوم دخوله . حب ابتاريما بكتين بطريق الهضم في يومي ٢٤ و ٢٥ كانون الاول . ثم ثلاث حبابات يومياً من ٢٦ الى ٣١ منه . مع شراب كلورور الكالسيوم ٤ غرامات من ٢٥ كانون الاول حتى هذا اليوم . واوروتروبين بالطريق الوريدي غرامان ونصف الغرام من ٢٦ الى ٣١ منه وفصفات الصودا غرامان في المدة نفسها وثيوبرومين ١،٥٠ غرام في اليوم من ٢٤ — ٢٩ منه .

محلول الديجتالين الالفي عشر قطرات من ٢٧ الى ٥ كانون الثاني

سيدول حبابة في ٢٤ كانون الاول ثم حبابتان من ٢٥ الى ٢٧ ومجدداً من ٣ – ٤ كانون الثاني كمادات يومياً في الناحية القطنية .

سير المرض : استمر الاندفاع الفرفري مع التوذم ثابتاً في الطرفين السفليين في الايام الاولى . على انه شوهد بعض بقع فرفرية في الساعدين

في اليوم الرابع . اما الآلام القطنية والمفصلية والرعاف والعرض الزحاري الشكل فقد تراجعت بسرعة مع الآلام البطنية . بعكس منحني النبض والحرارة فقد ابديا تصاعداً سريعاً من ٢٤ الى ٢٧ كانون الاول . ومنذ ٢٨ منه اخذا بهبوط سريع وثبتا عند الحد الطبيعي حتى ٣ كانون الثاني حيث صعدت الحرارة الى ٣٧,٨ والنبض الى٨٠ . وفيهذا اليوم اي ٥ كانون الثاني درجة الحرارة ٣٧,٢ والنبض ٧٢ . وقد ظهرت الآلام البطنية ثابتة ولكن بصورة اخف مما كانت عليه في الاسبوع الاول . اما البول الذي كانت كميته ٣٥٠ في اليوم الاول فقد بلغ ٢٢٠٠ في ٣٠ كانون الاول ثم تناقص الى ٧٠٠ في ٣ ثم الى ٥٠٠ في ٥ كانون الثاني. وقد نقصت كمية الآح في ٢٨ كانون الاول الى ٠,٧٠ بينما كان ١٢ غراماً في٢٤ منه. وقد جاء تركيب الدم كما يلي : خضاب الدم ٥٥ ٪ كريات حمر ٣,٢٠٠٠٠٠ كريات بيض ١٤,٩٠٠ منها كثيرة النواة معتدلة ٨٦ ومحبات الحامض ١ ووحيدة النواة كبيرة ٨ ومتوسطة وانفاوية ٥

زمن النزف طبيعي .

وعلى ذلك فليس ثمة ما يستدعي القلق على الرغم من فاقة الدم الخفيفة وتزايد الكريات البيض .

التفاعل المصلي الدموي سلبي .

اما البولة الدموية التي كانت ١,١١ في ٢٤ كانون الاول فقد بلغت ١,٩٠ في ٢٩ منه ولم تزل كذلك حتى ٤ كانون الثاني. والتوتر الشرياني الذي كان ١٤—٨ في اليوم الاول بلغ في ٣١ منه حيث كان التحسن جلياً ٦ ١/٢ — ١٣ ١/٢

وفي ٣ كانون الثاني ٩ — ½ ١٧ وفي ٤ منه ½ ٦ — ١٦ وفي ٥ منه ٨ — ½ ١٦

النتيجة : يستنتج من مجموع العلامات التي ابداها هذا المريض انه مصاب على ما يرجح بالفرفرية الرثيوية . ونقول على ما يرجح لنقص التخريب الدموي الملاحظ عادة في مثل هذا الحادث . على ان العلامات الاساسية للفرفرية الرثيوية موجودة وهي اولاً الاندفاع الفرفري . ٢ - ألم المفاصل ٣— الاختلالات المعدية المعوية المترافقة ببراز زحاري الشكل . وعدا ذلك علامة قد تكون ثابتة وهي شديدة في هذا الحادث اعني بها التهاب الكلى . والتهاب الكلى هذا مع المقدار المتزايد من البولة الدموية يهدد على ما يظهر لنا مستقبل هذا المريض .

المناقشة :

الحكيم حسني سبح : هل زرع الدم ؟ فان الفرفرية تناذر وليست مرضاً مستقلاً .

الحكيم لاكومب : لا انه لم يزرع

الحكيم ترابو : اذا ما جمعت هذه العلامات : الرعاف والفرفرية وانتفاخات المفاصل المؤلمة التي قد تكون ناجمة من انصباب الدم فيها مع علامات اخرى كازدياد بولة الدم ووجود النيلول (indol) والسكاتول في البول يخيل الينا ان هذا التناذر النزفي تابع لقصور الكبد . وان هذا القصور ربما يكون قد نشأ من عفونة دخلت بطريق البلعوم ولعلّ الخناق الذي ظهر في بدء العفونة كان علامتها الاولى وازدياد الكريات البيض في الدم (١٤٩٠٠)

لا ينافي هذه الفرضية . اضف الى ذلك ان المريض كان مصاباً باضطرابات زحارية مع الدويبات المشعرة وشعريات الرأس في البراز وكل هـذا سبب مقو لقصور الكبد اذا كان من قصور فيها . فالفرفرية الرئوية ، في هذه الحادثة ، ليست على ما يرجح الا تناذراً (syndrome) ناجماً عن عفونة مجهولة السبب ولا علاقة لها البتة بالرئة . وزرع الدم الذي نبه اليه الحكيم سبح ذو قيمة كبيرة ولعله كان كافياً لجلاء السبب الحقيقي .

❀❀❀

يجب ان يكون مستوصف مقاومة السل

دعامة للوقاية والشفاء منه

اعدّ هذا التقرير ليتلى في المؤتمر المصري الذي عقد في شهر كانون الاول ولم يتلَ فيه فآثرنا نشره لفائدته :

للدكتور بشير العظمه طبيب مستوصف مقاومة السل في جمعية الصليب الاحمر الفرنسي بدمشق

ان السل ان لم يكن افتك داء في المجتمع البشري فانه من اشد الادواء خطراً على المجتمع ليس بكثرة الوفيات التي يضحي بها في كل يوم على هيكله مع ان معدلها كان يفوق قبل البدء بمكافحته معدل الامراض الفتاكة الاخرى بل لأنه يهصر من النفوس الاغصان النضرة من شجرة هذا العالم والابدان الغضة الفتية من هذا المجتمع. او بعبارة اخرى الايدي النشيطة والاذرع المفتولة التي تستند اليها اقتصاديات الامة .

فان ثلاثة ارباع وفياته تقع بين ١٨ - ٣٥ من سني الحياة والمصاب به مملول لا يقدر على القيام بعمل يقيه شر العوز فالسل مرض البؤس والشقاء والفقر .

وترتكز دعائم مقاومة السل في الوقت الحاضر على ثلاث مؤسسات : أ — المستوصف . ب - ودور الوقاية . ج — والمصحات .

وللمستوصف الدور الرئيس في هذا الكفاح فهو يقوم بتشخيص المرض والبحث عن مصدر العدوى ويعلّم اهل المريض طرق الوقاية ويبعث

بالمسلول الى دور الاستشفاء والى المصحات او المستشفيات ويبعد اطفاله الى دور الوقاية .

كانت المصحات قبل ان تثبت نتائج الريح الصدرية في معالجة السل الرئوي دوراً لعزل المرضى وتوفير الراحة والغذاء لهم مع استعمال مختلف اصناف العقاقير والعلاجات ولم تكن النتائج التي كان يتوصل اليها اطباء هذه المؤسسات الا سراباً فكان يزداد وزن المريض مع ان آفته الرئوية كانت تتابع سيرها وتنكس بعد زمن من الهجوع فتقضي على المريض وما ذلك الا لان شفاءه وازدياد وزنه لم يكونا الا مظهرين خادعين من مظاهر الصحة .

وفي سنة ١٨٩٤ استنبط فولانيني الريح الصدرية الصناعية التي اثبت الاختصاصيون طيلة هذه البرهة نتائجها الاكيدة الثابتة واصبح الشفاء الذي يُحصل عليه بالريح الصدرية شفاء ثابتاً واكيداً .

وظلت الريح الصدرية وسيلة دوائية لمعالجة المرضى في المصحات فقط حيث تتوفر لهم جميع الشروط الموصلة بأهون السبل الى الشفاء دارئة عنهم الاخطار التي قد يتعرضون لها بالابتعاد عن الرقابة الطبية الضرورية .

ان المريض المنعم يستطيع بلا عناء الالتجاء الى مصح يستشفي فيه ولكن هناك مشكلة الفقر وقلة الاسرة عن حاجة المرضى والمعوزين وعظمة النفقات التي تستدعيها هذه المصحات وعجزها عن قبول جميع المرضى المحتاجين الى الريح الصدرية هذه المشكلة هي التي يجب ان تنصرف الى حلها جهود محبي الانسان . ولا يجوز للطبيب بعد ان وثقنا بفائدة الريح الصدرية ان يترك مريضه وشأنه عرضة لاختلاطات قد تكون مانعة له في المستقبل عن

اجراء الريح الصدرية فيكون المريض قد اهمل عن غير قصد فعاد انذار دائه وخيماً بعد ان كان الشفاء متيسراً له قبل انتشار الآفة الصدرية .

جاهر المأسوف عليه ليون برنارد في اجتماع الاتحاد العالمي التاسع لمكافحة السل الذي عقد في فارسوفيه في ٦ ايلول ١٩٣٤ واشترك به مندوبو (٨٤) دولة بهذه الحقيقة ووضع حلًّا منطقياً بان جعل المستوصف الذي كان يعدّ اداة للكشف عن المرض ووسيلة لوقاية الاصحاء منه عاملاً فعالاً في المداواة ايضاً . كيف لا ونفقات المعالجة فيه ضئيلة وقواعد الريح الصدرية قد عمّ استعمالها وتطبيقاتها ونتائجها الباهرة اصبحت اشهر من ان يختلف فيها اثنان في العالم قاطبة وانتقل ليون برنارد الى رحمة مولاه قبل انعقاد المؤتمر بيضعة ايام فقرأ خلفه الاستاذ بيزانسون تقريره الماتع الذي اثار ضجة عظيمة بين مندوبي الدول .

ليس في مدينة دمشق وضواحيها من مؤسسات مكافحة السل سوى مستوصف الصليب الاحمر الفرنسي فلا مصحات ولا مستشفيات تقبل المرضى الفقراء واكثرهم من سكان مدينة دمشق .

فامام هذا النقص البيّن في وسائل المكافحة لم اقف مكتوف اليدين امام هذا الداء الذي يفتك بالكثيرين بل رأيت ان استعمل الريح الصدرية الصناعية التي اعتقد عظم فائدتها فبدأت عملي منذ تشرين الاول ١٩٣٥ وقد ظهر لي خلال نيف واربعةعشر شهراً ان النتائج التي جنيت منها كانت مشجعة لنا على المضي والمثابرة في هذه المعالجة السيارة (traitement ambulatoire) في المستوصف المذكور وقد جعلت من احدى غرف المستوصف قاعة

للمرضى يقبل فيها المريض مدة اسبوع فقط وتجرى له في خلاله الحقنتان الاولى والثانية بغاز الاوكسيجين ثم يترك المريض المستوصف الى داره حيث تذهب ممرضة المستوصف فتزوره وتوفر له الراحة جهدها وتفهم اهله ما يتوجب عليه اتباعه ليتقوا العدوى ثم يثابر المريض على زيارة المستوصف الآونة بعد الاخرى فتستعمل له الحقن التالية كلما قضت الحاجة .

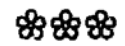
كان عدد المرضى الذين اجريت لهم الريح الصدرية (٨٢) مريضاً واليكم النتائج بعد الاشهر الاربعة عشر الماضية : كانت الريح الصدرية تامة وناجعة (efficace) في (٣٢) منهم فوقف سير الآفة السريري وزالت عصية كوخ من القشع وتحسنت الحالة العامة تحسناً بيّناً ولا تزال في (٢٢) مريضاً منهم آفات او كهوف لم يقف سيرها السريري ولم تغلق بل ما فتئت عصية كوخ في قشعهم . وكانت الريح الصدرية في (١٨) منهم ناقصة (incomplète) والأمل كبير في ايصال هؤلاء ايضاً الى شاطىء السلام .

وظهرت اختلاطات معوية وجنبية وحنجرية في الباقين وعددهم (٢٦) ولا امل يرجى بتحسن حالتهم في المستقبل فتكون النتائج الحسنة التي جنيناها بنسبة ٧٥ ٪ . وانني الفت انظار الزملاء الكرام الى امر ذي بال وهو اننا لم نصادف اقل عارضة خطرة كالغشي او غيره من عوارض الريح الصدرية الخطرة بل المميتة في بعض الاحيان مع ان المريض كان يحقن بعد الاسبوع الاول ثم يسير على قدميه مباشرة بعد الحقن .

لا اعلم كثيراً عن التنظيمات الصحية التي اعدت في هذا القطر المصري

الشقيق لمكافحة السل ولكني اردت بهذا التقرير المقتضب ان الفت انظار الزملاء الكرام الى هذا الامر المفيد اعني به ان يجعل من المستوصف اداة لاتقاء السل ومعالجته في البلاد التي لا تسمح مواردها الاقتصادية بايجاد اسرة كافية في المصحات .

ورجائي ألاّ يؤول كلامي على خلاف ما ارمي اليه فلست اقصد الحط من مقام المصحات في معالجة المصابين فان المصحات كانت ولا تزال دعامة ضرورية لتوفير الشفاء ومنع الاختلاطات عن الظهور بل اردت ان ابين ان الريح الصدرية هذه هي الطريقة الناجعة في المعالجة ولا يجوز حصر استعمالها في المصحات بل ان المستوصفات ايضاً جديرة بان توفر للمرضى الذين لم يسعدهم الحظ بدخول المصحات هذه الوسيلة الناجعة في مكافحة دائهم والسلام عليكم سادتي .



كسور دوبويترن

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

اشتهرت كسور دوبويترن بسمعة شائنة فان الدشابذ المعيبة واختلالات الوظيفة ليست بالامر النادر في عقبها وقد تقل هذه العوارض او تتقى اذا ردت هذه الكسور في الساعات الاولى التي تلي وقوع الرض وليس بعده بايام ريثما تكون الوذمة قد زالت وعلينا قبل كل شيء ان نفهم المعنى المراد من هذا التعبير . ولا حاجة على ما نرى ، الى تبديله وقد اصبح درسياً على ان يفيد المعنى الذي تمنيه كسور تتناول الكمبين الانسي والوحشي مع قطعة كبيرة او صغيرة من جسم الشظية .

ويستند في تصنيف هذه الكسور ومعرفة طرق ردها الى درس الربط وعلاقاتها بقطع الكسر . فالكسور التي تقع في جهة الكعب الانسي لا يهمنا امرها ، بل الفائدة كل الفائدة في الكسور التي تقع في جهة الشظية فكيف تحرر الشظية من الظنبوب؟ وما هي حال الربط الشظية-الظنبوبية السفلى ؟ هذا هو مدار بحثنا .

١ — كسر دوبويترن النموذجي

يقع هذا الكسر دائماً على نمط واحد : ففي الانسي اقتلاع الربط

وانقلاع المشاشة او كسر الكعب الانسي وهذا لا يهمنا كثيراً ، واما في الوحشي فالآفة البيانية هي كسر الشظية على ارتفاع ٦ - ٧ سانتمترات حتى على علو ١٢ سانتمتراً من ذروتها . وارتفاع خط الكسر وانحناؤه ليسا بالامر الاساسي، بل المعوّل عليه هنا هو ان تحت الكسر ، مهما بلغ ارتفاعه ومهما كان ميله وانحناؤه ، يقع المفصل الشظي الظنبوبي . ورؤية هذه الصفة التشريحية سهلة في الرسم الشعاعي وتستخلص منها الصفات البيانية التي يتصف بها هذا الكسر وهي ما يستطاع تلخيصه بكلمة واحدة الانفراج (diastasis)

ففي الزمن الذي شاع فيه درس آلية الكسور لم يكن الانفراج كثير الوقوع فقط بل امراً لا مفر منه البتة فكانت الآفات تتعاقب على النمط التالي :

قدم فحجاء (valgus) ،اندفاع عظم العقب الى الجهة الوحشية من الفرضة (mortaise) ، انقطاع الربط الشظية الظنبوبية (فحدوث الانفراج)، كسر الشظية فوق نقطة ارتكاز هذه الربط . واذا لم تنقطع الربط الشظية الظنبوبية اقتلعت نقطة ارتكازها فكانت النتيجة واحدة وانفصلت الشظية عن الظنبوب بوسيلة اخرى .

وليعلم ان الرباطين الشظيين ـ الظنبوبيين الامامي والخلفي هما اللذان يقتلعان القطعة الظنبوبية وهذا ما شاهده تيّو (Tillaux) حينما قال :

«ان الربط نفسها تقتلع قسماً من الظنبوب المرتكزة عليه» ثم اتبعه بقوله « في هذه الكسور دائماً ثلاث قطع وهي: الكعب الانسي والنهاية السفلية

من الشظية وقطعة من الوجه الوحشي للظنبوب ، فما من وصف اصح واوضح في كسور دوبويترن النموذجيـة من الوصف الذي ذكره تيّو : ومع ان الآلية التي ذكرها لا تخلو من النقد ، فهي خليقة بالحفظ اذا سلمنا ان الغاية من ذكر الآليات في الكسور هي ان تسهل علينا معرفـة شكل الآفات التشريحية ، وان مراعاة مـا قد يوجد من التشابه بين الانفراج وانفصال قطعة من الظنبوب (قطعة تيو التالية) دعت الى استعمال هـذا التعبير « انفراج العظمين » والانفراج الحقيقي بانقطاع الربط نادر جداً لمتانة الربط الشظية الظنبوبية ، ولا سيما الخلفي منها . فتقلع الربط دائماً قطعة من الظنبوب مختلفة الحجم وهي صغيرة عادة بل صغيرة جداً حتى لا ترى في الصورة الشعاعية ، وهذا ما يفسر بقولهم ان الربط تقتلع نقطة ارتـكازها .

اننا نقر بان الانفراج علامة يتصف بها كسر دوبويترن النموذجي ، ولكننا لا ندعي انها ثابتة فيه وان كسر عظم الشظية فوق المفصل الشظي الظنبوبي غير ممكن الا اذا ابتعدت الشظية عن الظنبوب . فقد رأينا عدداً عديداً من الصور الشعاعية حتى جاز لنا انـ نثبت عكس ذلك ولسنا نرى اقل فائدة في القول بان كل كسر نموذجي لا يظهر فيـه انفراج كان الانفراج فيه عارضاً فسواء أوقع الانفراج ام لم يقع فان الامر الذي يهمنا هو انه لم يظهر اذ دعينا لرد الكسر .

وصفوة القول : ان الانفراج في كسر دوبويترن النموذجي قاعدة مطردة وغيبته هي الشذوذ . والقطعة الثالثة التي تقتلعها الربط الشظية الظنبوبية يحدث نوعاً من الآفات يعادل الانفراج .

٢ – كسر دوبويترن المنخفض : لقد علمنا شيوع هذا الضرب من الكسور بمعونة التصوير الشعاعي ، ولكن التصوير لا يبين لنا بوضوح مكان مرور خط الكسر بالنسبة الى الربط الشظية الظنبوبية . ففي هذا النوع من الكسور يقطع خط الكسر عظم الشظية بين الرباط الشظي الظنبوبي الامامي والرباط الشظي الظنبوبي الخلفي وتظل القطعة الامامية المتصلة بجسم العظم عالقة بالظنبوب بالرباط الشظي الظنبوبي الامامي . وتحمل قطعة عظم الشظية التي فقدت اتصالاتها بالظنبوب معها الحاشية الخلفية لهذا العظم ، ويقلع الرباط الشظي الظنبوبي الخلفي الحاشية الخلفية . فان ما يميز كسر دوبويترن النموذجي عن الكسر المنخفض ليس الحد العلوي حيث يبتدىء خط الكسر على الشظية . بل الحد السفلي حيث ينتهي خط الكسر في الاسفل . فان من الكسور المنخفضة ما يبتدىء خط الكسر فيه على ارتفاع ٥ – ٦ سانتمترات فوق ذروة الكعب .

والفرق بين كسور دوبويترن العلوية والسفلية هو ما يأتي : يدع خط الكسر في الكسور النموذجية والعالية الربط الشظية الظنبوبية تحته حتى متى اقتلعت قطعة ظنبوبية ، واذا استثنينا الانفراج قلنا ان المفصل الشظي الظنبوبي يظل سليماً . اما في كسور دوبويترن المنخفضة فالمفصل الشظي الظنبوبي مصاب دائماً لان خط الكسر يجتاز هذا المفصل ماراً بين الرباطين الشظيين الظنبوبيين وينتهي فيه . واننا لا نخشى ان نكرر ما قلناه وهو ان القطعة العلوية تظل مرتبطة بالظنبوب بالرباط الشظي الظنبوبي الامامي ، وان القطعة الخلفية والسفلية تصبح طليقة وهذه هي

القاعدة لان هذا الرباط المتين يحمل معه قطعة مختلفا حجمها من الظنبوب ، او لان الرباط الشظي الظنبوبي الخلفي ينقطع وهذا هو الشذوذ. ان انقطاع هذا الرباط نادر جداً ، وقد عرف ديستو («Destol») هـذا حق المعرفة ولـكنه لم يكن ليجهل امـكان حدوث هذه الآفة فقد اطلق عليها اسم الانفراج الجزئي الخلفي :

ويختلف حجم القطعة الهامشية الخلفية ، وهي في الغالب كبيرة الحجم ولاسيما عرضاً وقد لفت بيكو الانظار الى هذا الامر ولا يستبعد ان يكون الـكعب الانسي والقطعة الهامشية الخلفية قطعة واحدة وهي المرتبطة بالكعب الوحشي برباط .

٣ — كسر الـكعبين الحقيقي

يفرّق هذا النوع عادة عن كسور دوبويترن المنخفضة ويسمى كسر الـكعبين الحقيقي وما قيمة التعابير الا بالمعنى الذي تعبر عنه ولذا لا نرى مانعاً بالاحتفاظ بهذا الاسم ولا حاجة الى الاستعاضة عنه بتعبير آخر . فكسر الـكعبين او الـكسر المضاعف يفيد ان الـكسر اياً كان مصدره أفي جسم العظم او مشاشته فان خط الكسر ينخفض حتى يفصل الـكعب ماراً تحت المفصل الشظي الظنبوبي السفلي ، وقد يقع الانفراج بين القطعة العليا من الشظية والظنبوب ولـكنه نادر . واذا انفصلت في بعض الحالات قطعـة هامشية خلفية فرافقت هذا الـكسر فانها تكون العقبة الـكؤود في المعالجة .

والخلاصة يجب ان نستعمل التعابير التالية :

دوبويترن عالٍ مع انفراج .

دوبويترن منخفض مع قطعة هامشية خلفية .

واما كسر الكعبين الحقيقي فلا يرافقه عادة انفراج ولا قطعة هامشية خلفية .

ويظهر لنا ان ترتيب هذه الاشياء بحسب ما ذكرنا مفيد من الوجهتين السريرية والعلاجية .

فمن الوجهة السريرية متى وقع الألم المحدث او ضربة الفأس على القسم العلوي من الشظية قيل ان الكسر يرافقه الانفراج وقلما يخطىء التشخيص وتثبت الصورة الشعاعية الامامية الخلفية اذا ما احسن احكامها على خط المفصل الشظي الظنبوبي هذا الانفراج .

واذا وقع الألم المحدث وضربة الفأس على القسم السفلي من الشظية كانت القطعة الهامشية الخلفية امراً اكيداً ويتحرى الألم المحدث باعتناء ودقة بضغط القسم الخلفي من الظنبوب ولكن التصوير الشعاعي الجانبي وحده يثبت لنا هذا الامر ولا يدع مجالاً للشك فيه .

وليست صعوبة الرد واحدة في حالتي الانفراج والقطعة الهامشية الخلفية .

وقلما يلجأ الى الرد الجراحي متى عرفت كيفية الرد في هذه الكسور ، فلقد رددنا كثيراً من هذه الكسور ، وذكر براهيم في اطروحته ، (٢١) حادثة ردت بالطرق التجبيرية فكانت النتائج البعيدة حسنة في عشرين منها واننا نستغرب ادعاء البعض حتى الآن بان التبدلات الكبيرة في كسور دوبويترن هي عسرة الرد . يقول تيو في كلامه عن هذه الكسور ان صفتها

البيانية هي سهولة ردها وسرعة عودتها الى التبدل بعد الرد

ولنقل مع الاستاذ بطرس دلبه انه كلما كان التبدل كبيراً كان الرد سهلاً. وبما ان في حوزتنا الآن جهاز دلبه العجيب وميزابة مازونوف فلا يصعب علينا ضبط الكسر بعد رده .

ولا تنشأ من القطعة الهامشية الخلفية اقل صعوبة. فان الكتلة الخلفية السفلية تؤلف بالربط التي تضم العظمين احدهما الى الآخر جسماً واحداً لا يتجزأ. وهي تشتمل على الكعب الشظي وقطعة مختلفة الحجم من جسم العظم ، والحاشية الخلفية من الظنبوب والكعب الانسي وعظم العقب . والكتلة الخلفية متضامنة مع القدم .

فاذا جرت القدم ، جرّ الكعب الوحشي الذي تربطه بالعقب الربط الظنبوبية العقبية السليمة ، وتجر الشظية بدورها القطعة الهامشية الخلفية التي يربطها بها الرباط الشظي الظنبوبي الخلفي .

اما الانفراج فهو خلافاً لما تقدم عسر الرد ولا سيما الضبط لان جهاز دلبه لا يفيد فيه وكثيراً ما يحوجنا الى التوسط الجراحي فاذا اظهر التصوير الشعاعي ان الانفراج لم يرد او ان رده ناقص ، يشار بالتوسط الجراحي بلا تردد . لان رد الانفراج يجب ان يكون تاماً والعملية سهلة : يشق في الجهة الوحشية وتربط الشظية بالظنبوب بمحوى (vis) او محويين اذا كانت قطعة الشظية طويلة لئلا تجر الذروة الكعب الى الوراء او تدور القطعة الشظية حول المحوى .

نستنتج اذن ان العملية الجراحيه لا تجرى الا في حالة الانفراج الملازم

لكسر دوبويترن النموذجي ؟ ليس هذا الرأي المطلق رأينا بل نظن ان الاستطبابات الجراحية نادرة جداً ، وانه قد اكثر منها في هذا الكسر كما في كثير غيره. وقد ظهر من الاعمال التي نشرت عن هذه الكسور ان الجراحين الذين لم يوفقوا لردّ هذه الكسور بالطرق التجبيرية عمدوا الى ردها بعباضعهم بعضهم في الكعب الوحشي ، وبعضهم في الكعب الانسي ، وآخرون في القطعة الهامشية الخلفية ، وكان النجاح حليف جميعهم وكل منهم امتدح الطريقة التي اختارها . وليس في هذا ما يعجب والقطع الثلاث متصل بعضها بالبعض الآخر فاذا ما حركت احداها تحركت القطعتان الاخريان ، واما نحن فلا نرى فائدة التوسط الجراحي متى كان جر القدم حتى بدون التخدير العام في بعض الاحيان كافياً للرد فالحالات التي يجب التوسط فيها هي الحالات التي تخيب فيها الطرق التجبيرية فقط ، فما هي هذه الحالات ؟ اذا استثنينا الانفراج الذي تكلمنا عنه قلنا ان عسرة الرد تعود الى اسباب يعتورها بعض الغموض .

ان القطعة الهامشية الخلفية المنفصلة لا تعلق بالكعب الانسي ولا بعظم الشظية . فاذا لم تتوصل الطرق التجبيرية الى ردها ظن انها لا تتصل بعظم الشظية . وليس من المنطق ان يؤثر فيها جراحة بواسطة الكعب الوحشي بل يفضل الالتجاء الى الطريق الخلفي الذي نظم بيكو (Picot) طرزه الجراحي وقد يحدث ايضاً حتى متى خابت الطريقة التجبيرية ان ترى هذه القطعة متصلة بعظم الشظية بالرباط الشظي الظنبوبي الخلفي .

فلماذا تخيب طرق التجبير في مثل هذه الاحوال ؟ اننا نجهل ذلك ،

ولـكننا نعلم ان التجبير اذا ما احسن اجراؤه والمريض مخدر تخديراً عاماً كانت خيبته نادرة .

اما الطريق الخلفي فليس بـكاف دائماً ففي بعض كسور الشظية تعترض قطعة عظمية صغيرة بين الظنبوب والشظية فتضطر الجراح الى الطريق الوحشي ، وقـد تـكون ضرورة الى اشتراك الطريق الوحشي مع الطريق الخلفي .

فعلى الجراح قبل ان يقرّ شيئاً ، ان يدرس الرسوم الشعاعية «clichés» ويعاين الناحية الـكعبية بالاشعة ليعلم ما اذا كان الرد التجبيري ممكناً او او متعذراً وليس التوسط الجراحي سهلاً كما نتصور حتى في الحالات التي عرفت ماهيتها حق المعرفة فليبادر اولاً الى طرق التجبير وقلما يخيب جراح ماهر فيه متى بكر في الرد وكلما كان الرد باكراً كان سهلاً ، وكلما كان التثبيت الجبسي باكراً كانت النفاطات والانتباج نادرين :

انها لحقيقة دونها ملفانيه وعلينا ألاّ نفتر عن ترديدها

(راول مونو)

❀❀❀

محاضرة الاستاذ بوليكار (Policard)

في مدرج الجامعة السورية

مرّ بدمشق في ٢٠ تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ زعيم من زعماء علم الحياة وكبير من اكابر البحاثين في الخلية وعظيم من عظماء الغرائزيين الذين قضوا ايام حياتهم منكبين على التقصي والاختبار في مخابرهم التي اعدتها لهم الدولة وجهزتها بجميع الوسائل لتهيء لهم اسباب العمل والتمحيص ، متطلعين فيها بلهف الى ما وراء كل ما هو معروف ومشاهد ومألوف متحلين بطول الاناة والصبر . واقصد بذلك الضيف العالم الخلوي الكبير عضو المجمع الفرنسي الاستاذ بوليكار الذي اصبح عالماً عالمياً بحوثه القيّمة وآثاره الباهرة التي اماطت اللثام عن كثير من الالغاز التي تحيط بعلم الحياة وسبرت غور البناء الخلوي وتطلعت الى ما يقع فيه من التطورات في اثناء الحياة .

وقد وضع هذا الاستاذ الكبير كتاباً قيّماً في النسج وغرائزها (précis d' histo-physiologie) يعد حجة في هذا العلم لجدد طبعه في بضع سنوات ثلاث مرات لكثرة الاقبال عليه .

خصّ هذا الاستاذ جامعتنا التي وطد دعائمها الاستاذ العامل رضا بك سعيد وجهزها بمدرج كبير لالقاء المحاضرات بعد ان كان يعرض عنها كثير من العلماء لا لسبب آخر غير خلو دمشق من قاعة صالحة للمحاضرات وجعل

موضوع بحثه اسرار الحياة وآليتها فشرح هذه القضية شرحاً وافياً وبيّن ما وصلت اليه الاكتشافات الحديثة في هذا الصدد فكانت محاضرته جزيلة النفع امتازت عن غيرها بان كلماتها كانت وليدة الاختبار الدقيق وما جاء فيها نتيجة الفحص العميق . وقد شهد المعهد بازدهاره في صدر بحثه وتمنى له ان يبقى حاملاً لواء العلم كما كانت معاهد العلم العربية في العهد الغابر اذ خدمت الطب اعظم خدمة وافادت الانسانية فائدة جليلة .

لقد كانت محاضرة هذا الاستاذ ارتجالية غير انه خط بعض العناوين فظننا انها مكتوبة ولما طلبنا من حضرته تزويدنا بها عرفنا انها ارتجالية فتفضل على الرغم من ذلك فكتب بعض ما تذكره عنها وارسله لنا من مصر فكان شكره واجباً علينا . وفيما يلي ترجمة ما بعثلنا به من القاهرة .

الدكتور

شوكت موفق الشطي

فخامة الرئيس ، اصحاب المعالي ، سيداتي ، سادتي :

انني سعيد بان اقف على هذا المنبر محاضراً في معهدكم الطبي السوري الزاهر وفي هذه المدينة الباسمة دمشق التي تعد ولا غرو من احلى لآلىء الشرق .

لقد دعتني رغبتي في إلقاء المحاضرة الى التفكير بالموضوع الذي سأقصه على مسامعكم وكان ترددي في انتقائه عظيماً وفكرت في ما يستطيع رجل مثلي كرس حياته للاشتغال بالمخبر إن يقول امام جمهور كريم من اهل العلم

والفضل فترآى لي ان البحث في موضوع احيائي وسيط بين العلوم والطب قد يكون مفيداً فاخترت ان اباسطكم الكلام عمّا وصل الى معرفته.

العلم الحاضر من اسرار الحياة وآليتها.

ان جميع انواع المخلوقات النباتية والحيوانية تعيش كما يعيش الانسان لأنها مكوّنة من خلايا حية ، تلك العناصر الصغيرة التي لا ترى الا بالمكبرات لدقة حجمها فتبدو فيها كأنها قطيرات غروية . ان هذه الاجزاء الدقيقة هي الركن الاساسي في التركيب العضوي وفيها تكمن الحياة . فما هي العوامل الطبيعية (الفيزيائية) والكيميائية العجيبة التي تسيّر دفة الحياة في هذا العنصر المجهري ؟ وما هي معلوماتنا في هذا الصدد ؟ وماذا استطاع العلم ان يسبر غوره في هذا الموضوع الذي يكتنفه الغموض وتخلله الاسرار ؟

هذه الاسئلة مدار بياننا اليوم وهي متصلة بعلم الاحياء ذلك العلم الذي ما زالت غوامضه كثيرة لم تكشف كنهها اشعة العلم الوضاءة .

ان في السماء عوالم غريبة وفي النجوم الغازاً عجيبة . وكما في السماء كذلك في الارض وفي الحياة وفي من عليها غرائب وعجائب .

. . . .

لا يخفى ان العلماء اتخذوا القدرة دعامة يُستند اليها في شرح حوادث العالم وابانوا ان هذه القدرة ازلية لا تنبعث ولا تنبدثر ولكنها تتبدل تبدلاً مستمراً . فلا بد لنا والحالة هذه من تبيان ما اذا كانت الخلية عنصراً مبدلاً مظاهر القدرة تبديلاً داعياً الى الحيرة ام انها تكوّن القدرة وتخلقها. تأخذ

الخلية القدرة بشكلها الكيميائي من الاغذية وقد تستطيع في بعض الاحوال الخاصة اجتذاب القدرة من نور الشمس . وقد ثبت ان للضياء صلة كبيرة بحياة النباتات وان غضيرها يتوسط التحوير .

ويعمل البناء الخلوي على تحوير القدرة وتبديل اشكالها . ان في استعداد الخلية لتحويل اشكال القدرة من حال الى حال اساساً للمظاهر الحيوية ، لذلك كان علينا ان نفحص ثلاثة امور :

١ً — توريد القدرة
٢ً — تحوير اشكالها .
٣ً - مقر تحول اشكالها وآليته

وعلينا قبل البحث في هذه القضايا الثلاث ان نبين ان عمل الخلايا في استجذاب القدرة وتحوير اشكالها امر مبتوت فيه وقد عرفت قواعده العامة . اما تفصيل هذه القواعد فمازال اكثره غامضاً على ان العلم اخذ يكشف القناع عن بعضها ولكن هنالك فراغاً عظيماً قد يحتاج سده الى كدّ العلماء البحاثين وجد الاحيائيين المختبرين اعواماً وقروناً غير انه اذا توصل العلماء الى انارة ظلمات هوة سحيقة باشعة العلم انكشفت امامهم هوات اكثر عمقاً ويتطلب التعرف اليها طول اناة وصبر يفوق ما تقدم ولا بد في اماطة اللثام عنها من الالتجاء الى وسائط غير تلك . والحوادث الدالة على ذلك كثيرة في تاريخ العلم .

أ — توريد القدرة .

تأتي القدرة الى المادة الحية من الاغذية التي تكون فيها كامنة كموناً

كيميائياً فتحررها الخلية . وقدعرف منذ عهد قديم ان الأغذية التي تستخدمها الخلايا هي الغليكوز وينتج من ماآت الفحم ، والحموض الدسمة وتأتي من الدهون ، والحموض الآمينية وتأتي من المواد الآحينية .

ان هذه الاغذية التي حولتها العصارات الهاضمة وامتصتها الامعاء موجهة اياها شطر الدم تبلغ الخلية بواسطة اللنفا الذي يتخلل النسج فتنفذها . ويفتح ذلك امامنا قضية معقدة ألا وهي خاصة الخلايا في قبول النفوذ . درست هذه الخاصة منذ بضع سنين وعرف عنها الشيء الكثير خاصة فيما كان له مساس بالأساليب الطبيعية الكيميائية ، ومتى وصلت الأطعمة الى المادة الحية جزأتها الخلية باحدى وسيلتين او بكلتيهما .

الاولى : هوائية تتم باشتراك مولد الحموضة (او كسيجين) والتحميض (التأكسد) كما بيّن ذلك العالم الكبير الفرانزي والكيميائي لافوازيه (Lavoisier).

والثانية هي الاختمار وقد شرحها باستور (Pasteur) فبين ان بعض المخلوقات الحية ومنها الانفحة (Levures) قد تعمل دون توسط الهواء اي بطريقة لاهوائية . فتأخذ القدرة اللازمة لها من تجزؤ الاغذية من غير ان يشترك التأكسد في ذلك . وما يقع في الانفحة يصير في الخلايا ايضاً فقد يتجزأ الغليكوز تجزؤاً يشبه تجزؤ الانفحة .

وقد اوجد فاربوغ (Warburg) جهازاً يستطاع به التعرف الى عمل كل خلية فتبين له ان لكل زمرة منها طرازاً خاصاً للعمل سواء اشترك به الهواء او لم يشترك ولم يبحث المختبرون حتى اليوم الا في كيفية استهلاك المادة الحيوية للغليكوز .

فماذا يطرأ على الأغذية الاخرى كالحموضة الآمينية والدهنية وكيف تنطلق منها القدرة الكيميائية ؟ ان ذلك لم يعرف بعد وفيه ساحة فسيحة للتقصي والاختبار وقد نفاجأ بألغاز غريبة في هذا الشأن فامام علماء الكيمياء الحيوية مضمار فسيح للتسابق .

. . . .

وعلينا الآن ان نعود الى ما بحثنا فيه وهو ان القدرة في المخلوقات الحية تأتي من القدرة الكيميائية الكامنة في الاطعمة ، غير ان بعض النباتات الخضر تستطيع ان تستجذب القدرة من نور الشمس بخضيرها وهي لم تعرف بعد ولكن جهلنا لها لا يعني عدم امكان وقوعها فقد يكون خيال اليوم في العلم حقيقة ناصعة في الغد .

. . . .

ب — تحول شكل القدرة في الخلية

تعود القدرة الكيميائية التي انطلقت من الاغذية الى الظهور بمظاهر حيوية مختلفة يجدر بنا أن نمعن النظر فيها .

١ — **القدرة الكيميائية** : قد تنفع القدرة المحرّرة في اعمال الخلايا الكيميائية الاخرى وقد تساعد على استحداث مادة حيوية جديدة ويستطاع بهذه الطريقة ترميم المادة الحية التي اثر العمل فيها فدعا الى سموها . وبتعين

عمليات الصوغ هذه حادثة نماء الاحياء واستمرار هذا النمو واستحداث مواد حيوية جديدة . ولا تخفى عظمة بحث نمو الاحياء على احد فليس في علم الاحياء من بحث جذاب اكثر منه .

٢ — **القدرة الآلية** : ان في كل حركة من الحركات الحيوية مظهراً من مظاهر تحول القدرة وفي الخلية عدد كبير من الحركات . فليس في الخلية تلك المادة الغريبة ما هو ساكن. تتبدل حبيبات الغراء الخلوي وتنتقل من مكان الى مكان وتجري جرياناً مختلفاً . وقد استطاعوا عرض هذه الحركة في الافلام المسرعة ولا يخفى ان اصل الحركة في العضلات حركة شبه عضلية في الخلايا وهي حركات فجائية سريعة تقع في بعض اقسام الخلايا ومما يظهر الحركة العضلية تبدل القدرة وعمل ما يدعى بقدرة السطوح .

٣ — **القدرة الحرورية** : ان التفاعلات الكيميائية التي تتم في الخلية تنشر الحرارة . وينتج نشر الحرارة من الانتقاض الخلوي وهو عمل يساعد على استمرار الحرارة وثباتها في الحيوانات الباردة الدم . وتنتج الحرارة الغريزية من طاقة الخلايا على تحويل القدرة الكيميائية الى قدرة حرورية . وتكون الحرارة المنبعثة من كل خلية من الخلايا ضئيلة المقدار وقد استطاعوا وزنها في بعض الحالات بواسطة اجهزة شديدة الحس اخترعت حديثاً .

٤ — **القدرة الكهربية** : لا بد في العمل الحيوي من استمرار سلسلة من التفاعلات الكيميائية التي تنطلق منها قدرة كهربية ويؤدي ذلك الى توليد تيارات كهربية استطاعوا قياسها بآلات حساسة كمقياس غلواني الحبلي المنسوب الى اينتوفن(galvanomètre à corde d Einthoven) وقد

ادى ذلك الى توسيع معلوماتنا عن القلب وعن كهربيته وكان داعياً الى ايجاد الاجهزة المعروفة بمخططات القلب الكهربية . ولا شك ان ذلك سوف يشجع البحاثين على البحث عن تيارات العمل في الاعضاء الاخرى فيفيدون بذلك الطب فائدة عظيمة . وعلينا ان نذكر في هذا الشأن ان التيار العصبي وان لم يك حادثاً كهربياً بحتاً فأنه ذو صلة كبيرة به .

٥ — *القدرة المشعة* : تؤدي الارتكاسات الحيوية لانطلاق قدرة مشعة كالقدرة الضيائية . وما من احد يجهل اليراع (١) تلك الحشرات المضيئة التي تنشر في ظلمة الليل ضوءاً غريباً . وقد بيّن العالم الروسي غوروتش (Gurwitch) ان الاشعاعات الخلوية قد تحفز الخلايا على الانقسام . ولم تعرف بعد حقيقة هذه الاشعة الحاثة على الانقسام مع انها اسالت المداد بكثرة وقد لا يكون اليوم الذي تظهر فيه حقيقتها الناصعة بعيداً . وما من احد يدري ما يخبئه المستقبل لنا من اكتشافات في تحويل مظاهر القدرة لان باب العلم مفتوح لا يمكن ايصاده وما من شيء يستحيل وقوعه .

. . . .

ج — مقر تبدل اشكال القدرة وآليته

لقد بينا فيما مرّ تبدل اشكال القدرة ويبقى امام العلماء مسائل عويصة كثيرة يجب عليهم ايضاحها . ولنبحث الآن عن كيفية تبدل شكل القدرة وعن مقر هذا التبدل في الخلية او المادة الحيوية وعن العوامل التي تشترك بذلك

(١) اليراع : ذباب يطير في الليل كأنه نار الواحدة يراعة

١ — آلية تحول اشكال القدرة : استقر الرأي اليوم على ان الاغذية التي تحمل القدرة تتجزأ في المادة الحية بتأثير الاختمار لان عمل الخمائر في الحياة عظيم جداً وليس عملها مجدياً في الصناعات فحسب بل في عمل الخلية الغريزي. فالخمائر تجزىء الاغذية وتبعث منها القدرة . ولكن كيف يتم ذلك ؟ وكيف تحمل الخلية تلك المادة الحيوية في طياتها خمائر متضادة متجاورة تعمل كل منها على حسابها الخاص وقد تشترك بالعمل او يناهض بعضها الآخر وكيف يكون في الخلية خمائر محمضة وخمائر مرجعة ؟

لا تمكن الاجابة عن ذلك بما وصل اليه العلم اليوم ويخيل الى البحاثين ان للبناء الخلوي تأثيراً في هذا الشأن ولا يغربن عن بالنا ان ما نراه من بناء المادة الحية شيء محدود ساعدتنا عليه وسائل البحث الحالية وقد يكون لها ترتيب ادق وبناء اعجب من ذلك . على اننا استطعنا ان نتعرف الى المذيلات تلك الاجزاء الغروية التي تتركب منها الخلية وليس ذلك بالفحص المباشر بل بالواسطة .

ولم يتضح بعد تماماً عمل الاختمار في الخلايا مع ما له من الشأن.

٢ — مقر التفاعلات الكيميائية في الخلية الحية : يتساءلون اليوم عن مقر التفاعلات المذكورة في المادة الحية وعن بناء العنصر الذي تتم فيه . وقد وُفق العلماء الى تقرير الفكرة الآتية وهي ان بين بناء الجبلة (بروتوبلاسما) والحياة عروة وثقى. فاذا نُقض البناء اضمحلت الحياة مع ان العناصر الحركية للخلية ما زالت هي هي وقد تزيد من اضافة بعض المخمرات اليها .

ان للاختمار صلة كبيرة بالحياة ولكنه ليس وحيداً في هذا المضمار فالبناء

لازم للحياة اذ بدونه تضمحل والحياة تكسب البناء اشكالاً خاصة ان في ذلك سلسلة من القضايا الذي اخذ العلماء يمهدون السبل لفهم حقائقها .

وقد تبين ان التفاعلات الكيميائية الاساسية تتم في سطوح عناصر البناء اي في سطوح المذيلات الغروية التي تتركب منها الخلية . يبين لنا ذلك صلة البناء العظيمة في تسيير آلية الحياة وعمل السطوح الفيزيائي الكيميائي في هذا الصدد .

وقد خيل الى البعض ان في سطح الخلايا صفيحة وحدة الذرات او طبقة مكونة من صفائح ذرات كيميائية مرتب بعضها الى جانب البعض الآخر ترتيباً منتظماً . وقد توفر على درس هذه القضية علماء اعلام منهم دوفو (Devaut) ولانغمور (Langmür) وهارتنس (Hartins) .

٣ - الجبلة : كان يظن الى عهد قريب ان مظاهر الحياة تنتج من خراب المادة الحية . راجت هذه الفكرة مدة من الزمن وكانت عاملاً قوياً لجم التقدم العلمي وصدمه صدمة عنيفة فكانوا يقولون ان الحياة تنتج من استمرار تعاقب خراب الجبلة وبنائها او من تتابع ما سموه التمثل وتضاد التمثل فيها وقد وجه ذلك بحوث الاطباء نحو امراض ناتجة من اضطراب التمثل واضطراب ضده .

ان هذا الرأي غير صحيح ولا يستند الى اساس علمي حقيقي . فلا يسبب العمل الحيوي خراب المادة الحية . لان المادة الحية تجزىء الاغذية وتستهلكها دون ان تخرب بسبب ذلك وشأنها شأن محرك السيارة الذي يستهلك البنزين ليتم عمله دون ان يدعو ذلك الى تخريبه فتحول

المادة الحية القدرة كما تحولها الآلة الميكانيكية دون ان تصاب باضمحلال الا ببعض السمول . وهذا ما يقع في الخلايا ايضاً .

. . . .

النتيجة : ان المجال واسع للبحث عن نقاط اخرى عظيمة الشأن . وقد ضمّنا بحثنا اليوم كثيراً من النقاط المجهولة . غير ان قضايا الحياة العويصة لا يحصى لها عدد وهي مرتبطة بعلمي الخلايا والغرائز لان هذين العلمين يوحيان بالاراء الصحيحة التي يقررها علم الاحياء ويدخلان في جميع ابحاثه ويجعلانه من الاهمية بمكان .

أجل ان الآليات الغرائزية في الحياة الخلوية عظيمة الشأن في علم الحياة الحديث ويستند اليهما حلّ كثير من القضايا الخلقية الطبيعية والمرضية لذلك كان على الطبيب ان يهتم بذلك .

هذا ولا بد لي بعد انهاء هذه المحادثة القصيرة ان اشكركم ياسادتي وسيداتي على ما ابديتموه نحوي في استماع محادثتي فالموضوع الذي بحث فيه هذا المساء موضوع عويص استمعتم اليه بانتباه وعطف فأوليتم المحاضر بذلك منة يشكركم عليها جزيل الشكر .

واخيراً لا بد لي من ان اختم كلامي متمنياً لجامعتكم الزاهرة استمرار الرقي ولمعهدكم الطبي الازدهار ليؤدي رسالته فيصل الحلقة ويقوم بما قامت به معاهد الطب العربية التي خدمت الطب اعظم خدمة وافادته اجل فائدة .

❀❀❀

المؤتمر الجراحي الفرنسي الخامس والاربعون

«٣»

ترجمة العليم نجم الدين الجندي

قطع الرئة (Pneumectomie)

قدم التقرير (روبيرمونو) من باريز و (بونيو) من غرونوبل.

يجب ان يطلق هذا التعبير «قطع الرئة» على العمليات النموذخية التي يربط فيها نقير الرئة سواء أقطعت الرئة جميعها (قطع الرئة التام) او قطع منها فص او عدة فصوص (قطع الفص) اما العمليات غير النموذجية فجدير بنا أن نسميها جذّ الرئة القسمي (pneumosection fragmentaire).

يرجع تاريخ هذه الجراحة الى سنة ١٨٨١ حيث قام كلوك وبيوندي باعمال ذات شأن وتستطاع قسمة نصف القرن هنا ثلاث مراحل:

مرحلة الاختبار من ١٨٨١ — ١٩٠٠ ومرحلة التحضير من ١٩٠٠ — ١٩١٨ إذ بذلت جهود جبارة للتغلب على الموانع التي كانت تحول دون الوصول الى الرئة (الريح الصدرية البضمية)، ومرحلة التحقيق من ١٩١٨ حتى يوم هذا وهي تبتدىء بمحاولات ليليانتال الجريئة المستمرة غير ان الوفيات الكثيرة اوقفت سير هذه الاعمال. ومنذ ١٩٢٤ — ١٩٢٩ حلّ محل قطع الرئة النموذجي تخريب الرئة بالكي (غراهام) والطرق المتنفة (ترصيص

زوربروخ) او المشتركة (تراغر ، كوريلوس ، غار ، تيمور) ولم تفتتح صفحة النجاح الا في السنة ١٩٢٩ بما نشره برون وشانستول ومن ذلك الحين شاعت هذه الجراحة في اميركة والمانية وانكلترة وفرنسة فلا بد والحالة كما ذكرنا ، من وصف هذه الجراحة وصفاً ضافياً واشتراك الاطباء والجراحين فيها لتتبوأ مقامها الرفيع .

ان في قطع الرئة النموذجي معضلتين لا يقل شأن احداهما عن الاخرى: معضلة عملية ومعضلة سريرية .

١ . المعضلة العملية

أ — معلومات عن القضية : ١ — معلومات تشريحية : تبحث في شكل الرئتين والشقوق وتكوين السرة والفصوص وترتب الجملة اللنفية وتوزع الاعصاب .

٢ — معلومات غريزية : ان العمليات الموصلة الى الرئة وقطع الرئة القسمي والتام (فتح الصدر الواسع ، العمل على الجنب والرئة ، ربط العروق والقصبات والاعصاب في السرة وقطعها ، رض المنصف البضعي) تبدل الشروط الغريزية وقد تحدث عوارض دورانية وتنفسية متفاوتة الخطر . وان معرفة هذه الاعمال وآليتها وخطرها وطرق اتقائها هي اس هذه الجراحة الحديثة .

٣ — معلومات مرضية : يستطاع حصرها بكلمة واحدة اي العفونة وهي اكبر عومل الخطر

فان العفونة التي لا تخلو منها جراحة قطع الرئة في الانسان تجعل فرقاً عظيماً بين هذه الجراحة البشرية والاختبارية في الحيوان وخطر هذه العفونة يضيق دائرة استطبابات هذه الجراحة كما ان اتقاءها كان مدعاة الى اقتراح طرائق جراحية عديدة في قطع الرئة

٤ — النتائج المتأخرة : ان المعضلة التي كان الجراحون يجدون في حلها وهي ملاة نصف الصدر بعد قطع فص رئوي قد حلت من تلقاء نفسها بتوسيع الفص او الفصوص الباقية وذلك بزيادة الضغط في نهايتها وبالتفجير الاستنشاقي في عقب العملية . اما بعد قطع الرئة التام فان ملاة نصف الصدر امر صعب ومتوقف على تقارب الجدران (انحراف المنصف ، ارتفاع الحجاب بقطع عصبه ، تصنيع جدار الصدر) واذا حدث ذلك في الاطفال من تلقاء نفسه فانه يستدعي في الكهول تصنيع الصدر . وتأثير قطع الرئة في التنفس وبناء الرئة والدوران لم يجلَ امره بعد لحداثة عهد هذه الجراحة .

ب — الحلول ، طرز العمل الجراحي :

١ — العمل الجراحي : يدرس المقرران في هذا الباب الطرائق المختلفة في قطع الرئة والاستطبابات وتقسم هذه الطرائق زمرتين كبيرتين : العمليات في غشاء جنب حرّ وهي اسهل الطرق واجملها ولكنها تعرض غشاء الجنب للتعفن . والعمليات في غشاء جنب ملتصق او عمليات الاطمئنان : تحدث الالتصاق بذر مسحوق الطلق بعد الريح الصدرية او بعمليات سابقة على هذا الغشاء غايتها الصاقه .

ان اكبر المؤلفين استعملوا احدى هاتين الطريقتين على السواء مع ان

لكل منهما استطباباً خاصاً . ففي قطع الفص لا يحسن اجراء العملية في زمن واحد الا في الحالات الطاهرة او القليلة العفونة واما في الحالات العفنة فتفضل الازمنة المديدة. وقطع الرئة التام يفضل اجراؤه بزمن واحد .

٢ — الطراز الجراحي : درس المقرران بالتتابع الاعتناآت قبل العملية والآلات الضرورية والخدير ولفتا الانظار الى امر ذي بال وهو ان هذه الجراحة تقضي ليس باشتراك الطبيب والجراح فحسب بل بمعونة منظِّر القصبات(bronchoscopiste) ايضاً والمخدر والنجاح متوقف على هذا الاشتراك ولا بد من بعض الآلات الخاصة ومن منضدة تثبت المريض بالوضع الجانبي ومستنشقة (aspirateur) ومشرط كهربي وجهاز تخدير متقن يستطاع استعمال الغازات به وقياس التفاضل وجهاز يستطاع تنبيب الرغامى وتنظير القصبات به ويستحسن اجراء العملية في قاعة فسيحة عقيمة الهواء . وانهى المقرران بحثهما هذا بالاعتناءات قبل العملية وبعدها .

٣ — المعضلة السريرية :

وجه المؤلفان اهتمامهما الى استطبابات قطع الرئة وهي سرطان الرئة واتساع القصبات وخراج الرئة واوضحا الحالة السريرية التي ترشد الى الاستطباب الجراحي وبينا الخطة التي يجب اتباعها في هذه الجراحة لابلاغها درجة رفيعة وجاءا اخيراً على ذكر بعض الآفات التي قد تستدعي قطع الرئة

آ - سرطان الرئة : هو علة كثيرة الحدوث (٧ — ٨ ٪ من مجموع السرطانات) فلا عجب اذا كان لمعالجتها شأن كبير، انذارها وخيم ولم تفد فيها حتى الآن طريقة اخرى . فاذا ما اشير بقطع الرئة فيها فلأنه

الواسطة الوحدة التي يرجى منها الشفاء والعملية الواسعة اي قطع الرئة التام ربط عناصر السرة كل على حدة يستطاع بها قطع الرئة جميعها والقصبة حتى سنتمترين من مهمازها الرغامي واستئصال عقد السرة ولا يستطاع بها استئصال عقد المنصف استئصالاً حسناً . فالعملية ناجمة ولا تكون كذلك الا .

أ — اذا لم يستقر الورم الا على السنتيمترين الاولين من القصبة الاصلية .

ب — اذا سبقت العملية انتشار الآفة الى المنصف وغشاء الجنب الجداري والحجاب وعقد المنصف . فهل هذه الشروط ممكنة التحقيق ؟

ان المعلومات الدرسية عن سرطان الرئة لا تترك لنا كبير امل والتشاؤم كبير في ما يختص بالقطع الجراحي وما ذلك الا لان المشاهدات المروية تناسب حادثات قدم العهد عليها بيد ان حوادث اخرى قليلة اثبتت نجاح هذه العملية وعدم نكسها بعد ٥ و ٦ و ٧ و ٩ سنوات حتى ان فتح الجثث الذي اجري على من قضوا بمرض آخر لم يظهر فيه ايُّ أثر للسرطان او انتقال او اصابة عقد وتنقصنا اليوم الوسائل لتمييز الاشكال المناسبة للاستئصال عن الاشكال التي لا ينجع فيها .

والتبكير في التوسط الجراحي هو سر النجاح والاداة التي يرجع اليها الجراح . ولا يستطاع التبكير الا اذا شخص الداء في بدئه فعلينا ان نوجه جهودنا الى :

١ . تشخيص باكر ما امكن ويميز فيه أ — سرطان القصبات الكبيرة الذي يشعر به باكراً لان اعراضه تظهر منذ البدء ويثبت تشخيصه بتنظر القصبات واخذ خزعة منه ويجب استئصاله غير منتظرين الفحص السريري

او الشعاعي لان التشخيص لا يتأكد تمام التأكيد الا في الزمن الاخير .

ب — سرطان القصبات الصغيرة او الملحمة الكامن الذي لا تظهر اعراضه بالاشعة الا بعد ان يستولي

٢ً ـ الى البحث الدقيق في مضادات الاستطباب .

٣ً ـ الى استئصال جراحي سريع في جميع سرطانات الرئة المشخصة التي لم تبدُ فيها علامة دالة على انتشارها الى ابعد من ساحة الاستئصال .

٤ً ـ الى قطع الرئة التام بربط عناصر السرة كل على حدة وهي العملية الفضلى . اما قطع الفص فلا يجرى الا في سرطان الفصوص السفلى او الفص المتوسط في الشكل المحيطي او المركزي المحدود والحديث العهد .

وقد نشط الاطباء والجراحون لتحري الاعراض الباكرة في سرطان الرئة التي تسمح بمعرفة الآفة في بدئها على القَطع الجراحية فاذا ما قيست هذه المعلومات مع النتائج الحاصلة عرفت الاشكال التي تنجح فيها العملية الجراحية

ب — اتساع القصبات : ان قطع الرئة في اتساع القصبات يحتاج الى تحليل دقيق فقد اشتهر عن اتساع القصبات انه داء سليم وعن قطع الرئة انه عملية خطرة أفيجوز والحالة هذه ان توجه الى مداواة مرض سليم طريقة علاجية خطرة كهذه ؟ ان هذين الامرين جديران بالبحث الدقيق .

ليس خطر قطع الرئة في اتساع القصبات واحداً بل مختلفاً بحسب الحالات فهو ذو علاقة بمقر الآفة وسن المريض ومرحلة المرض ، فانه ممنوع منعاً باتاً اذا كان توسع القصبات في الجانبين وخطر اذا كان منتشراً في جانب واحد حيث يجب ان يكون تاماً او اذا ما استقر في الفص العلوي .

اما قطع الفص ين السفلي والمتوسط فسليم . ويزداد خطره كلما تقدم عمر المريض ويخف جداً في الاطفال . وخطره تابع للعفونة التي تعرقله فالعملية سليمة الانذار متى كان الشكل جافاً او حديثاً وقليل التعفن وهي خطرة في الاشكال القديمة العفنة المتقيحة التي يفرغ فيها المريض قشاعات وافرة ونتنة

وانذار اتساع القصبات مجهول فهناك اشكال متأخرة لا ينكر خطرها يهدون بها الى الجراح غير ان التوسط فيها شديد الخطر واشكال خفيفة قليلة التعفن حديثة العهد في الاطفال يتردد الطبيب في تسليمها للجراح لسلامتها مع ان العملية الجراحية فيها ناجعة وسليمة الانذار متذرعاً بسلامة الآفة وامكان شفائها بالمعالجة الدوائية ، غير ان سلامة هذه الآفة لا تستند الى اسس ثابتة كما تثبت الاعمال الحديثة التي قام بها اخيراً (رول ، تود ، فيندلاي ، غراهام ، ماك نيل ، بوهرر) فعلى الباحثين ان يقروا هذه النقطة ويحسنوا تعيينها لان مستقبل قطع الرئة في اتساع القصبات متعلق بها .

لو ثبت ان اتساع القصبات يبقى مدة طويلة سليم الانذار لوجب الاقتصار في المعالجة الجراحية على الاشكال الخطرة التي تتعرقل بعراقيل تعيد الانذار وخيماً ولبقيت هذه الجراحة شديدة الخطر ولا يرجى منها كبير امل في المستقبل، ولكانت تخفيفاً للخطر تضطر الجراح الى اجراء القطع بزمنين او اكثر ولكن اذا استطيع تمييز الاشكال الوخيمة منذ بدئها وبودر الى معالجتها وهي لا تزال سليمة اتقيت العراقيل التي لا تستطاع معالجتها الجراحية بعدئذ الا بتعريض المريض لاشد الاخطار ومتى توفرت الشروط الآنفة الذكر

وسبقت العملية دور العراقيل اختيرت ولا شك العملية بزمن واحد .

نستند الاستطبابات الحاضرة الى مقر الآفة والمرحلة التي بلغتها وسن المريض وبما ان لمقر الآفة الشأن الكبير كان علينا ان نعينه ادق التعيين بالفحص الليبيودولي

ج ـ خراج الرئة : ان خراجات الرئة كثيرة ووخيمة ولكن في معالجتها طرقاً عديدة فعالة ولا يشار فيها بقطع الرئة الا متى خابت المعالجة بالطرق الطبية والجراحية الاخرى . ففي الخراجات الحادة لا نرى حاجة الى قطع الرئة الذي قد يكون فيه خطر كبير فضلاً عن ان نتيجته قليلة الفائدة اما في الخراجات المزمنة فقد يكون لقطع الفص مستقبل باهر .

ويظهر ان قطع الرئة مشار به في الخراجات القديمة المركزية الوحدة المنحصرة وفي الخراجات المعرقلة باتساع القصبات . فمتى خابت الطرق الاخرى التفجير وسواه يلجأ الى القطع

المناقشة

اميل سرجن: (باريز) : بعد ان ابدى اعجابه واغتباطه باشتراك الاطباء والجراحين الذي لا يستغنى عنه في مثل هذا الموضوع قال :

ان دور الاطباء في الاشتراك الطبي الجراحي هو ايصال نتائج مشاهداتهم وتجاربهم السريرية الى معرفة الحالات التي يشار فيها بالتوسط الجراحي والحالات التي لا يشار فيها به . ثم جاء سرجن بلمحة عن استطبابات قطع الرئة كما تجلى له في الآفات الثلاث الاساسية التي ذكرها مقدما التقرير .

١ — خراج الرئة : لا يشير بقطع الفص او قطع الرئة التام في خراج الرئة الا متى لم يكن قطع الرئة القسمي او خزع الرئة البسيط ناجعاً فيه اي متى تعرقل خراج الرئة بتصلبها التدريجي واتساع القصبات الثانوي لحول الفص او الرئة برمتها الى اسفنجة قيحية .

٢ — اتساع القصبات المزمن النتن :(اياً كان سببه)ان الاستئصال الجراحي هو الواسطة الوحدة التي نستطيع بها التأثير في جوف متصلب . غير ان هنالك شرطاً اساسياً لا بد منه وهو ان يعين بالاستقصاء الليبيودولي ما اذا كانت بقية الفصوص سالمة اذا اريد قطع الفص أو اذا كانت الرئة الثانية سليمة اذا رغب في قطع الرئة . والتوسط الجراحي ولو كان شديد الخطر في هذه الحالة تبرره نتانة نفس المريض وقشاعاته التي لا تطاق بل تسد الابواب في وجهه

٣ — السرطان : ان قطع الرئة في هذه العلة الخبيثة التي تقرض الرئة ولا حيلة للطب فيها افضل ما يصنع متى كان السرطان بدئياً وسر النجاح هو التبكير في التشخيص وعدا خطر العملية يتمثل شبح العوارض التي تعقب التوسط والانتقالات الثانوية الى العقد وسواها التي قد لا يراها الجراح في اثناء العملية . وجل ما نتمناه هو اكتشاف واسطة للتشخيص الباكر كتفاعل خلطي يمكننا من كشف السرطان منذ بدء ظهوره .وتزداد استطبابات قطع الرئة تعقداً بما يزيد العملية خطراً كتقدم الآفة وقصور القلب وهبوط الضغط الشرياني وقصور الكلية واختلال توازن الاعمال العصبية وضعف المقاومة العامة .

بزانسون (باريز) : ان العلم على الرغم من تقدمه في معرفة تقيحات القصبات والرئة لا يزال قاصراً عن ادراك كثير من الامور وبينا الجراحون يسعون الى تحسين طرائق عملياتهم وتقليل خطرها، على الاطباء ألا يكتفوا بدرس الآفة السريري واجراء المعاينة الشعاعية المكررة بالليبيودول او بدونه، بل عليهم ايضاً ان يدرسوا آفات هذه العلة تشريحياً مرضياً وجرثومياً وليجرَ الدرس النسيجي الجرثومي على القطع الجراحية وليعرف ما اذا كان عامل الموات في المفونات النتنة شبيهاً بالعامل المحدث للغنغرينة وما اذا كان هنالك اشتراك اللاهوائيات مع البريميات او ان العامل هو اللاهوائيات وحدها

يقول المؤلف ان معاينة القشاعات الجرثومية توقع في الحيرة احياناً فقد لا تكشف البريميات ولا اللاهوائيات فيها في بعض مراحل الآفة مع ان الموات صريح او ان اللاهوائيات تكشف في القشاعات مع ان العلة خراجة وعواملها الجراثيم المقيحة . اما الانذار فلا يجوز ان يستند في تعيينه الى الاحصاءات الاجمالية بل الى حالة كل شخص على حدة وان تقارن نسبة الشفاء الفوري وهو اكثر مما يظن عادة بخطر التوسط الجراحي المرتبط بمقر التقيح وشكله السريري .

م . ليون كندبرغ (باريز) : يعتقد ان الاستطباب الاساسي لقطع الفص هو اليوم اتساع القصبات وينطوي هذا التأكيد على : ١ : تقدم التوسط الجراحي الباهر : ٢ — تبدل معلوماتنا عن اتساع القصبات . فالنظرية الدوسية (تصلب الجهاز التنفسي برمته تصلباً تدريجياً تالياً للمفونات المكررة المجهولة) لا توافق الا بعض الحادثات والزمرتان التاليتان يجب ان

ان تؤخذا بعين الاعتبار : ١ً — اتساع القصبات المكتسب الذي افضى اليه خراج رئوي : ٢ً - الاتساع الولادي المتعفن وهو آفة موضعية ولكنها غير سليمة فان انذارها على الحياة خطر ولا يعيش المصاب بها اكثر من ٨ — ١٠ سنوات وسبب ونخامتها انها تعيد المعيشة لا تحتمل .

فلا عجب اذا ما لجيء الى معالجة شافية . واذا استثنينا الحالات السليمة التي تجوز مراقبتها والمرضى الطاعنين في السن والآفات المنتشرة كان علينا ان نقرّ التوسط الجراحي في الحالات الاخرى بعد ان نسبقها بمعالجة دوائية في باطن القصبات مفيدة في تخفيف العفونة وخطر التوسط الجراحي . وان جراحة كهذه مفخرة من مفاخر جراحة الرئة .

لوريش (ستراسبورغ) : قدم مشاهدتين شخصيتين عن قطع الفص في توسع القصبات وهو يحبذ طريقة ادوارد وروبرت ويوصي بالتخدير الموضعي وتخدير الودي قرب الفقار في جراحة الرئة .

مارو (توربين) : يحبذ خزع الصدر النصفي في جراحة الرئة وهو عملية محققة النتائج وسهلة وسريعة لا تقل فائدتها في جراحة الصدر عن فوائد فتح البطن على الخط النصفي في جراحة البطن . ويستطاع استعمالها للاستقصاء في جميع الحالات المشتبه بها .

لامبر ٠ (ليل) : عرض شريطاً (فيلماً) عن قطع الرئة في حادثة سرطان مبيناً فيه ازمنة هذه العملية التي لم يطلع عليها حتى الآن عدد كبير من الجراحين .

ادوارد (لندن) : عرض طريقته الخاصة وقدم مجموعة مفيدة من

الاحصاءات . وهو يبضع مرضاه دائماً في زمن واحد اية كانت حالة غشاء الجنب وقد احصى بين الوفيات جميع حوادث الموت التي عقبت العملية بستة اشهر . واليك النتائج التي جناها ادوارد :

١ — اتساع القصبات : استأصل الفص في ١١٣ حادثة منها حادثة واحدة في الجانبين فمات من مرضاه ١٦ فتكون النسبة (١٤ ./.) وسبب الموت هو الوهط والنزف وتقيح الرئة الثانية والتهاب التأمور القيحي وخراج الدماغ والسل . وتوفي من الـ ٩٧ الباقين ١٢ شخصاً بعد سنة الى خمس سنوات من العملية بآفات مختلفة وقد تمكن من مراقبة ٦٤ مريضاً منهم من سنة الى سبع سنوات بعد العملية فلاحظ ان ٣٥ منهم لم يبدُ فيهم اقل عرض من اعراض اتساع القصبات وعشرة لم تبدُ فيهم اي علامة سريرية ولكن الفحص الشعاعي كشف عن اتساع في قصبات الفصوص الاخرى . وثلاثة عشر منهم ابدوا علامات سريرية وشعاعية في الفصوص الاخرى .

واجرى قطع الرئة التام في ٧ حادثات توسع القصبات فكانت النتيجة ان مات منهم اثنان فتكون نسبة الوفيات (٢٨ ./.) .

٢ — السرطان : قطع الفص ١٦ مرة لسرطان الرئة فكانت النتائج كما يلي : توفي ٣ منهم في اثناء البضع (١٩ ./.) ونكس ثمانية وشفي ستة (٣٧ ./.) وقد مرّت على شفائهم حتى الآن من ٢ — ٩ سنوات .

وقطع الرئة قطعاً تاماً في ستة مرضى يتراوح عمرهم بين ٣١ — ٦٣ سنة فكانت النتيجة : ان مات اثنان في اثناء البضع وانتقل الورم في واحد وشفي ثلاثة .

والمؤلف مقتنع اقتناعاً اكيداً بضرورة التوسط الجراحي في هذه الحالات

آموس (باريز) : يقول ان التوسط الجراحي في آفات الرئة والقصبات هذه لا بد منه وعلى كل جراح ان يلجأ اليه ويعده من الجراحة العادية غير ان انتقاء الحادثات التي تستدعي البضع لا تزال امراً دقيقاً ويعتقد المؤلف ان التوسط الجراحي مشار به في الخراجات المزمنة التي لم تشفَ بالتفجير وفي بعض حادثات السل الرئوي التي لم يكف فيها خمص الرئة للتغلب على الآفة الكهفية وقد جرب الامر في حادثة واحدة فخابت تجربته ولكن الثبات واجب بحسب رأيه للتغلب على الصعوبات ثم تكلم عن صعوبة الاستطبابات الجراحية في السرطان فانه لم يرَ حاجة الى التوسط الا في ثلاثة مرضى من اربعين مصاباً واول هؤلاء الثلاثة كان تشخيصه خطأ والثاني كان سرطانه قد احدث انتقالات فاكتفى بالاستقصاء فيه فقط والثالث تردد طويلاً قبل الاقتناع بالعملية فماد سرطانه ولا حيلة للجراحة فيه . والخزعة وحدها تثبت التشخيص هذا اذا كان قطعها ممكناً بتنظر القصبات ومع ذلك فالاخطاء لا تزال كثيرة حتى بعد الخزعة فلا بد والحالة كما ذكرنا من الفتح الاستقصائي لاثبات التشخيص وهو يعطي الجراح الحق بتبكيره في القطع متى كانت القصبات متسعة لتكون عمليته سهلة غير ان الطبيب في كثير من الحالات البسيطة يؤمل في الشفاء بسهولة ولا يظن ان الآفة تفضي دائماً الى عراقيل عفنة تضطر الجراح الى التوسط الجراحي في شروط سيئة .

سانتي، دارجان ، بيرار (ليون) : ذكروا استناداً الى النتائج المجتناة في سنتين كلة عن اسباب الخيبة :

التخدير : يفضل سانتي التخدير الموضعي الناحي في كشف الرئة والافين (l' évipan) في الزمن الرئوي ويظهر ان الاجهزة الغازية التي تسمح بتعديل الضغط في سياق العملية ليست مكتملة الشروط حتى الآن ويتغلب التعفن على كل شيء في اتساع القصبات :

تعفن الرئة الثانية : ان العامل الاكبر فيه هو حالة الرئة المريضة التي يجب تطهيرها قبل التوسط ، واحسن النتائج تجتنى في الاطفال .

تعفن البؤرة البضعية: انه لعرقلة مخيفة تبرر التوسط في ازمنة متعددة وتستدعي تفكيك الحياطة جميعها متى ظهر تقيح ثانوي نتن الطبيعة

اما في السرطان فان مسألة التعفن ثانوية ولمقر السرطان الشأن الاكبر فان السرطانات القصية المركزية البطيئة السير التي يتأخر تشخيصها تنتهي دائماً بالانتشار على الرغم من سهولة العملية فيها خلافاً للسرطانات القصبية المضيقة التي يبكر في تشخيصها وتنجح عمليتها وتفسح للمصاب بها حياة طويلة فلا بد والحالة هذه من تشخيصها الباكر بتنظر القصبات . ثم جاء المؤلف بعد ذلك بمشاهدات شخصية عديدة .

آ — موره، ج رولاند ، درفوس لوفوايه (باريز) : لفتوا الانظار الى النقاط التالية :

١ — التخدير : لا يصح ترك التخدير الموضعي على الاطلاق فقد مكنهم في حادثتين من قطع الفص : في خراج متغنغر وسرطان رئوي ولا بد من استعمال طريقة خاصة في التخدير توصلاً الى النجاح وهم يعتقدون ان هذه الطريقة من التخدير لا يستطاع استعمالها دائماً

٢ — التفجير : ضرورته واجبة في قطع الفص لآفة عفنة .

٣ — الطرق الجراحية الاخرى : يشارك المؤلفون سرجان وريست وبرانسون وآموي وكيندبرغ في رأيهم ان قطع الفص شديد الخطر في خراجات الرئة وان الالتجاء الى المعالجات الاخرى واجب قبل قطع الفص .

ويذكرون انهم حصلوا على نتائج باهرة : أ — بخزع الرئة مع استئصال الجدار الخارجي في الخراجات السطحية .

ب ـ قطع عصب الحجاب في الآفات السفلية المجاورة للسرة والتي يحسن تفجيرها باحدى القصبات . ج ـ بتصنيع الصدر القسمي العلوي المتفاوت الاتساع او احياناً بالدلك البسيط خارج الجنب في الآفات المتقيحة الكائنة في القسم العلوي من الرئة . وليست عمليات تصنيع الصدر اليوم شبيهة بما كان يجرى منذ عدة سنوات . ولذلك اختلفت النتائج ايضاً .

٤ ـ يصعب في السرطان الحكم باصابة عقد المنصف استناداً الى الاشعة وحدها ويجارون آموي في رأيه .

٥ ـ لا يشار بقطع الفص في السل الرئوي الا في بعض الحالات الشاذة .

❀❀❀

معالجة تقيحات الفك وحول الفك

بملتهم الجراثيم

Traitement des suppurations maxillaires et péri maxillaires par le bactériophage

ترجمها الطالب السيد مصباح المالح

ان استعمال ملتهم الجراثيم (bactériophage) جدير بان نتعرف اليه للفوائد التي قد يأتي بها في جميع التقيحات السنية المنشإ خلوية كانت او عظمية او حول الفك .

ويشار به في الاختلاطات الخلوية السنية المنشإ في دور تقيح حاد او مزمن لتعجيل الشفاء بعد قلع السن المسببة ، وفي التهابات عظم الفك المركزية او القشرية السنية المنشإ بعد المباشرة بالمداواة السببية .

واما في ذات عظم الفك ونقيه الحقيقية الناشئة من المكورات العنقودية التي تصيب الاطفال او اليفعان ولا تعقب عفونات سنية فالمسألة فيها نظر : فاذا اتانا المريض في دور الابتداء وقبل التنوسر الصريح فالمداواة بالذيفان المعطل (anatoxine) مفضلة احياناً . واذا اتانا بعد حين ، اذ تكون الحمى قد هجمت والتنوسر قد وقع ، فيجوز استعمال ملتهم الجراثيم على ان يلجأ الى الذيفان المعطل بعد حين اذا لم يكفِ الملتهم .

وطريقة استعماله سهلة للغاية . وبديهي انه يجب التأكد ان لس سبب

موضعي (كسن مائتةاو بقايا جذور) او عام (كداء الافرنج والداء السكري) محدثاً لهذا التقيح .

وبما انــ في القيح السني المنشإ عادة جراثيم متنوعة يستعمل ملتهم جراثيم جاهز . امـا ملتهم الجراثيم العنقودي فيستعمل متى كانت المكورة العنقودية وحدها سبب التقيح . وتحضر في بعض حالات استثنائية ملتهمات جراثيم ذاتية .

ومتى أتى المريض قبل انبثاق المجمع القيحي او تنوسره يبزل بابرة غليظة واذا كان المجمع الصديدي كبيراً يستحسن تفجيره الخيطي . وبعد ان يفرغ القيح بابرة البزل او بفوهات التفجير الخيطي (بالاستعانة بابرة كليلة الطرف) يغسل الجوف بعشير واحد او عشيرين مكعبين من ملتهم الجراثيم . وقلما نحتاج الى اكثر من هذا المقدار ، واذا كانت حاجة اليه يمدد محتوى حبابة اي عشيران مكعبان في بضعة اعشراء مكعبة من الماء المغلى المبرد و بمثل حرارة الجسم . وليغسل والضغط خفيف اجتناباً لتوسع الجيب والالم وليعتنَ ايضاً بابلاغ السائل جميع منعرجات المجمع الصديدي ويقول ده هارالوباير في هذا الصدد : لا يفعل ملتهم الجراثيم فعله الحسن الا اذا لامس الجراثيم ويستنشق ما زاد من السائل قبل سحب الابرة .

واذا أتى المريض وقد انبثق المجمع الصديدي او تنوسر يغسل الجيب بفوهات النواسير او التفجير بمحقنة سعتها عشيران مكعبان او بابرة لدنة كليلة الطرف فتدخل الابرة بلطف الى اعمق حد ممكن ويحقن بالسائل ثم تسحب الابرة ببطء مع المثابرة على الحقن . ولا نرى فائدة في ترك ذبائل

مبللة بملتهم الجراثيم في جوف التقيح .

ويعاد هذا الغسل مرة كل يومين وتكفي عشر حقنات على الاكثر للحصول على الشفاء ولا بد طيلة هذه المداواة من ترك جميع الادوية المطهرة الموضعية وسواها من الادوية .

وبما ان ملتهم الجراثيم لا يفعل في بيئة حامضة يوعز الى المريض بغسل فمه بمحلول قلوي (ثاني فحمات الصوديوم) اذا كان المجمع الصديدي منفتحاً في الفم . وفي بعض الاحوال ينشط عمل ملتهم الجراثيم بالاستدماء الذاتي (autohémothérapie) ولا يرافق اقل ارتكاس (réaction) موضعي او عام هذه التقطيرات والنتائج سريعة في الغالب فيقل التقيح منذ الحقنات الاولى ويسرع التشظي (séquestration) متى كان لا بد من حدوثه وتستأصل الشظايا متى اصبحت متحركة .

❀❀❀

كتب جديدة

رسالة في الكتابة العربية المنقحة

وضعها

الاب انستاس ماري الكرملي توصلًا الى القراءة

العربية بلا ضبط الفاظها وتسهيلاً لها على الأمين

هذا هو عنوان الرسالة التي وضعها الاب الكرملي اكمالاً لقصور الحروف العربية الحالية عن تأدية اللفظ حق التأدية . رأى الاب المفضال ان عجز الحروف والحركات العربية عن تصوير الكلم القديمة التي نقلت عن السلف نزع من لغة عدنان محاسنها القديمة ودقائق النطق بها على ما هي وان اختلاط ابنائنا بابناء الغرب لتعلم صناعاتهم وعلومهم وفنونهم ولغاتهم جعلنا نشعر بهذا النقص العظيم اذ امتنع على فريق منا النطق ببعض الاحرف الافرنجية التي كانت على ما يرى حضرته موجودة في لغات السلف منا.

وقد وجد ابناؤنا صعوبة اخرى وهي التلفظ بحروف عليلة غير مصورة في حروف هجائنا كما ان كتابتنا منيت بعيب عظيم عيّرنا به جميع الغربيين وهو الذي يجعل تعلم لغتنا من اصعب الامور وابعدها منالاً عن العرب انفسهم وهذا العيب هو عدم وضع علامات الضبط والحركات على حروفنا فتحتمل الكلمة الواحدة قراءات مختلفة وأوجهاً كثيرة فاذا كانت الكلمة الواحدة مركبة من حرفين لا غير فقد تقرأ على واحد وعشرين وجهاً

واذا كانت مركبة من ثلاثة احرف فانهـا تقرأ على ٢٧٣ وجهاً لا اقل ولا ازيـد فلهـذا فان اكبر الادباء في بلادنا يدرس احـكام اللغـة العربية ليتعلم القراءة ويقرأ الاجانب ليتعلموا العلوم ولهذا وجب وضع حروف مرتبة ترتيباً يغنينا عن مطالعة القواعد ويعيننا على القراءة قراءة صحيحة من غير إمعان النظر في كيفية النطق بالـكلمة المصورة ·

نقب حضرة الاب عن نقائص اللغة العربية جميعها تنقيباً عميقاً وابان محاذير عدم اصلاحها وقد خشي من ذيوع الفكرة القائلة بترك الهجاء العربي لنقصه واتخاذ الحرف اللاتيني لسد هذه الثغرة فشرع بدرس هذه النقائص واخذ على نفسه اصلاح ضروب التشويش فيها فاقترح اضافـة الحروف التي ادخلها الفرس والترك والـكرد والهنود في رسم كلم السنتهم لان حروفهم تلك عمت عالم الأدب كله ووقف عليها القاصي والداني واحـدث صوراً للاحرف العليلة غير الموجودة عندنا يمكن ادماجها في سياق الـكلمة نفسها وتـكتب بعد الحرف الصحيح حتى اذا رآها القارىء بالصورة التي قيدت بها رسماً لا ينطلق لسانه او فكره او ذهنه الى قراءتها بغير ما رسمت واتخذ للحركات الاجنبية صوراً تسهل الاهتداء الى النطق بهـا دون ادخال صور جديدة في المطابع .

ولا غرو ان تـكون الإصلاحات التي يعتبرها الاب الـكريم خير ما يرد الى الخاطر بهذا المعنى فان جهاد الاب اللغوي ومعرفته للغات عديـدة وفقهه لاصول اللغة واحاطته بجميع فروعها واشتغاله في القسم الاكبر من حياته للاطلاع على اسرارها وسبر غور كنوزها واماطة اللثام عن كثير من

مفرداتها التي اختلطت بالكلمات الغربية كل هذا يجعله من اكابر زعماء هذا البحث ومناراً يهتدي به من ضلت سفينته في بحر لغتنا العميق وحامياً يرد كيد بعض اعداء اللغة الراغبين في اتخاذ الحرف الغربي ناسين ما وراء ذلك من بلاء على هذه اللغة وعلى آدابها لا حقق الله تلك الاماني ونجانا من نتائجها وعواقبها الوخيمة .

هذا واننا نرى ان يعنى المجمع اللغوي الملكي بصرخة أسد اللغة العربية فيقر الاصلاحات المقترحة ويوعز الى دار الكتب باتباعها في طبع الكتب الجديدة فيكون للمجمع فضل النشر والتعميم كما كان للأب الكريم فضل الاقتراح والابداع سدد الله جميع خطا زعماء اللغة وحقق اماني كبيرهم الاب انستاس ماري الكرملي خالية من كل غرض الا الاصلاح انه معين كريم .

شوكة موفق الشطي

تذكرة الشعراء او شعراء بغداد وكتابها

في

ايام وزارة المرحوم داود باشا والي بغداد

من سنة ١٢٠٠ الى سنة ١٢٤٠ هجرية ومن سنة ١٧٨٠ الى سنة ١٨٢٠ ميلادية

لناشرها الاب انستاس ماري الكرملي

صدّر الناشر الرسالة ببحث عن الوزير داود باشا الكبير قال فيه ان الوالي المذكور العربي اعاد الى العراق دار السلام بعض الحياة الادبية بعد ان اصبح لسان العراقيين خليطاً من الفاظ مختلفة الاصول من عربية وتركية

وفارسية وكردية وايطالية . وانه كان عالم الوزراء ووزير العلماء وفي ايامـه اشتهر العلماء الذين ورد ذكر اسمائهم في الرسالة وانه كان اول من وضع الحجر الاول في اعادة بناء صرح الادب في العراق الحديث ثم ذكر فيـه رسالة للاستاذ المحقق والمؤرخ المدقق يعقوب افندي نعوم سركيس يبين فيها ان الرسالة ليست كلها من وضع عبد القادر الخطيبي لان فيهـا عبارات كثيرة تدل على انها مترجمة من التركية . ويتساءل الاستاذ المذكور ايضاً هل كان التعريب لعبد القادر ويرى ان الشكوك تحوم حول هذا القول

وكان حضرة الاب العلامة يرغب في تصليح عبارة الكتاب عملًا برأي علامة العراق الكبير المرحوم السيد محمود شكري الآلوسي لانه صاحب الكتاب وقد قال لما استشير في نشره انه لا يرى بأساً من ذلك وقد اضاف الى هذا انه « لو تصلح عبارته لساغت مطالعته » . وقد ابقى حضرة الناشر الكتاب على حاله فلم يغير لبسة المؤلف ، عملًا برأي الاستاذ المؤرخ يعقوب نعوم سركيس ولان ناشري الكتب في عصرنا هذا قد جنحوا الى استبقاء كتب عصر انحطاط العربية بنصها اذا ما اريد طبعهـا لتبقى بحلتها الاصلية ولا تلبس برداً غير ما لبست .

على اننا لا نرى هذا الرأي لان في ذلك غمطاً لحق المؤلف وتشهيراً يسيء الى سمعته ومن اين لنا ان نعرف أكانت ركاكة العبارة وكثرة الاغلاط الصرفية والنحوية وغيرهـا في الكتاب هي من النساخ ام من المؤلف نفسه وما الذي ينبئنا ان النسخة التي طبعت هي مسودة وضعها المؤلف ليصلحها هو نفسه فداهمته المنية وحالت دون تنفيذه هذه الامنية فهل

يرضى احدنا ان تؤخذ مسوداته وتطبع وتنشر دون ان ينظر اليها ويعمل فيها تصحيحاً وشطبا قبل الطبع وفيه وبعده في فهرس التصويبات الا اذا كان فذاً من افذاذ اللغة والعلم .

وقد اردف الناشر الرسالة بفهرست اول لشعراء بغداد وكتابها بالترتيب الذي ورد في الكتاب ثم بفهرس ثانٍ عمراني يحوي آداب الناس واخلاقهم وعاداتهم ضمّنه الاشارة الى امور طريفة وردت في الكتاب ثم بفهرس ثالث لاسماء الكتب والمؤلفات التي ورد ذكرها في الرسالة وبفهرس رابع لاعلام المواطن ثم بفهرس خامس للرجال والشعوب والقبائل وبمعجم يحوي شرح مغلق الالفاظ من عامية ومولدة واصطلاحية وتركية وفارسية ودخيلة واغلبها لا وجود لها في المعاجم العربية التي في ايدينا .

وقد اختتم الكتاب بخاتمة قيّمة بيّن فيها عظم منزلة هذا التصنيف فانه يُرأب به صدع عظيم في تاريخ ادابنا وآداب تاريخنا والسبب في ذلك على مايرى العلامة الكرملي هو ان الكتبة العراقيين عزّوا في المائة الثالثة عشرة للهجرة وذلك بسبب الحروب التي تعاقبت على ارض الفراتين ولاسيما الطاعون الذي كان يجرف الخلق بين مدة ومدة . وكذلك يقال في سائر الامراض الوافدة ، فكانت تفتك بالسكان بلا رحمة ولا شفقة وقد يموت اهل البيت كلهم فيأتي الغير ويمد يده الى كل ما ملكه المتوفي وهكذا تفرغ الدار ممن كان فيها ومما كان يحفظ فيها فتخلو وتصفر وقد كان الاجانب من قناصل ورواد يأتون ويشترون كل مايقع تحت ايديهم وهكذا تبددت الكتب والتصانيف ولم يبقَ منها الا النزر القليل .

يفيد هذا التصنيف على صغر حجمه فائدة جزيلة لا تقدر فقد اطلعنا المؤلف على الحركة الادبية والعلمية في تلك المدة التي كانت في اوائل اليقظة العربية الحالية واطلعنا على ائمة ذلك العهد كالطبقجليين والسويديين والآلوسيين لذلك كان الكتاب جزيل المنفعة لسد ثلمة عظيمة من تراجم ادبائنا وشعرائنا

هذا واننا نعتقد ان رأي العلامة الكرملي في اسم الكتاب الحقيقي « تذكرة الشعراء » هو الصواب على اننا لا نوافق حضرته في نسبة هذا الكتاب الى غير مؤلفه عبدالقادر لان من عادة المنتحل ان يكون خبيراً بما يعزوه الى نفسه فلا يسع كاتباً ناثراً ان ينتحل لنفسه قصيدة عصماء ولا يمكن لرجل انحطت لغته الى درجة تدل على انه احط مقاماً من العوام ان يفكر في وضع رسالة عن الكتاب والشعراء .

وعندي ان هذا الكتاب نسخه الناسخون فشوهوه هذا التشويه ولنا في بعض الجمل الصحيحة الواردة فيه ما يجوز ان يتخذ دليلاً على ما نقول .

كان هذا الكتاب غير معروف الى ان اطلع عليه حضرة العالم الكبير الاستاذ الكرملي فرأى ما فيه من نفع عظيم فتولى طبعه ونشره واضاف اليه فهارس متقنة تجعل مطالعته في غاية من السهولة ابقاه الله ذخراً للغة العربية ودعامة متينة في نهضتها .

شوكة موفق الشطي

العقم والسلالة الجنسية

لمؤلفه الدكتور جورج حنا (بيروت)

ارانا نكثر من التحدث في هذه الايام عن الثقافة العربية والاستقلال الثقافي ، والسبب في ذلك ان النهضة السياسية ان لم تزينها نهضة ثقافية تصبح هيكلاً لا حياة فيه .

وان الدولة السياسية ان لم تنشأ الى جانبها دولة ثقافية لا تفترق كثيراً عن دول الترك والتتر التي حالما اضمحل سلطانها تلاشت لا أثر ولا صورة وانا اذهب الى ابعد من ذلك فاقول : ان الاستقلال السياسي واسطة لا غاية؛ هو واسطة لبناء ثقافة قومية هي اعظم قوة في الدفاع عن كيان الامة من الاساطيل والجيوش ، وحق لسورية ان تفاخر الاقطار العربية الاخرى ان ابناءها يدعون معلمي الامة العربية وحق لدمشق ان تفاخر عواصم العرب ان فيها شيد اكبر معهد عربي ادى اساتذته رسالة الاستقلال الثقافي وهم ينثرون على الامة العربية اعظم المؤلفات العلمية .

لم تعد هذه النهضة موضعية تغذيها تربة دمشق الصالحة وتمنحها الحياة روح فيصل العظيم ويرعاها رجال الجامعة العاملون بل بدأت تنتشر الى عواصم العرب فاكتسحت حتى مدينة بيروت معقل الثقافة الفرنجية . ونحن نعلم ان بيروت تتجاذبها الثقافتان الاميركية السكسونية والفرنسية اللاتينية ولكن رغم هذه القوى الجبارة التي تنازل العروبة في بيروت ورغم الجامعتين الغربيتين اللتين مضى على تأسيسهما بعض الجيل ورغم الملايين التي صرفت

في سبيل نشر غاياتهما رغم كل ذلك تخرج الثقافة العربية منتصرة من هذا العراك واولى علامات الفوز هي كتاب العقم للدكتور جورج حنا .

يقول المؤلف في المقدمة : « ولعله يكون حافزاً لرجال العلم في البلاد كي يوالوا الابحاث العلمية في مختلف فروعها . . . ويلبسوا لغتهم رونقاً طالما تحلت به في العصور الغابرة واضاعته في هذه الايام ، هذه عاطفة طيبة وذكرى تستثير الهمم وتشرق بين جامعتي بيروت الغربيتين اشراق وجه خالد بين جموع الفرنجة في اليرموك فيها الحياة وفيها العزة وفيها الانتصار .

لقد سمعنا هذا الصوت في دمشق وفي القاهرة وفي بغداد وها هو يدوي الآن في معقل التغرب في الشرق العربي -- بيروت — ستتحقق غاياتنا وستتحطم كل القوى المفرنجة على صخرة عروبتنا فقوميتنا خالدة خلود الدم العربي الذي يجري في عروقنا .

العقم — عفواً ايها الزميل المؤلف — اذا ابتعدت بنا عاطفتنا العربية واقصتنا هالة كتابك القومية عن روحه العلمية وها نحن نعود الى موضوع الكتاب . فالبنون زينة الحياة وبهجة القلوب ورابطة المجتمع يرى فيهم الابوان كل ما يستطيع الحي لمسه من معاني الخلود ويستمدان من عيونهم انوار الامل فيندفعان في معترك العمل مستخفين بكل العقبات التي تعترض طريقهما . فاذا ما حرمهم الابوان اصبحت الحياة عاطلة والقلوب خلية والعيلة متفككة وحل اليأس محل الامل —هذا هو العقم والمرأة العاقر هي اكثر الناس حاجة الى الاسعاف ، فتراها تؤمن بكل طبيب وتصدق كل دجال وتقبل كل وصفة وكثيراً ما تعرضت لخطر هذه الوصفات راضية فهي

كالغريق اليائس تتمسك بكل ما تصل اليه يدها . وتعمي كل ما يطرق اذنها

فالامة اذن بحاجة ماسة لهـذا الـكتاب ، يقرأه الطبيب فيستفيد من اختبارات المؤلف ومشاهداته ويقرأه البعيد عن علة ابقراط فيبعـده عن الدجالين ويرسله الى أحد الذين يثق بهم من الاخصائيين .

ويقرأه الزوج المختال بنفسه فيعلم ان كثيراً ما لا تـكون زوجته مسؤولة عن العقم وكثيراً ما يكون هو سبب هذه الـكارثة فيخفف من غطرسته ويقف وقفة المعترف ولو لنفسه بجرمه .

تبويب الـكتاب : هو حسن التبويب بدأ المؤلف بتعريف العقم ثم قسم الـكلام قسمين العقم الذي تسببه المرأة والعقم الذي يسببه الرجل وقسم العقم النسائي اربعة فصول العقم المبيضي والعقم البوقي والعقم الرحمي والعقم الناتج عن الحالة العامة .

وبعد ان وفى كلاً من هذه الابحاث حقه من الـكلام عمد الى المعالجة فضمنها كثيراً من النصائح . وينتقل المؤلف بعد ذلك الى الـكلام عن العقم في الرجل فنراه يحمل عليه حملة شعواء قلما تقوم بمثلها امرأة فهو نسائي اكثر من النساء ولـكنه طبيب رأى في مستوصفه من المشاهد ما أثار حفيظته على اخيه الرجل . وقد اورد مثلًا مما صادفه من عجرفة الرجل في الصفحة ١٤٥

ويختتم الـكتاب بابحاث مختلفة في العقم كالعقم الذي لا سبب ظاهر له والعقم الاختياري والتلقيح الاصطناعي .

بحثه العلمي : تناول المؤلف موضوعه تناول العالم المطلع ولـكنا استغربنا قوله ان الـكتب العلمية لا تذكر ان النـكاف يحدث في المبيض التهاباً شبيهاً بما

يحدثه في الخصية مع انني رجعت الى عدد من المؤلفات الفرنسية والى ما القه اساتذة معهدنا الطبي(الامراض الباطنة للدكتور سبح ، السريريات والمداواة الطبية للاساتذة ترابو ، مرشد خاطر ، شوكة الشطي)فوجدت فيها ذكراً لالتهاب المبيض كما لالتهاب الخصية .

طبعه : طبع الكتاب في مطبعة الريحاني طبعاً متقناً على ورق صقيل فوقع في ١٥٣ صفحة من قطع الثمن الصغير وزين بثمانية اشكال والحق بفهرس للمواد وفهرس للتصويب .

لغته : عربية صحيحة لا تشوبها عجمة ولا يحطُّ من قدر الكتاب الاغلاط التي عثرنا عليها ونحن نطالعه . واننا نورد بعضها راجين من المؤلف الفاضل الانتباه لها متى اعاد طبع مؤلفه النفيس .

خطأ	صواب
المكرسكوبية	المجهرية
التبويض	الاباضة
طفولي	طفيلي
ربائط	ربط
السكيس	الصفن
الابوكعب	النكاف
الحالب المنوي	الحبل المنوي
ثمرة القضيب	الحشفة

الرحم مؤنثة ولا تذكر
البيضة بدلاً من البويضة
وضعة او وضع بدلاً من وضعية
يؤثر في بدلاً من يؤثر على
قناة تجمع على قنوات وليس على اقنية

نرى الرحم والمهبل وقناة فيلوب يرجع تكوينهم والصحيح تكوينها هي في الثانية عشر او الثالثةعشر والصحيح الثانيةعشرة والثالثة عشرة وغير ذلك مما يطول بنا ذكره غير انهذه الاخطاء التي قلما يخلو منها مؤلف أمثلها كخال في وجه الحسناء يزيدها جمالاً وبهاء فنحن ننصح زملاءنا الكرام باقتنائه لكثرة فوائده والسلام

الدكتور
وجيه نجا

تقويم البشير ١٩٣٧

هو التقويم الذي تعنى بنشره في كل سنة ادارة جريدة البشير الغراء وقد أهديت الينا منه نسخة فعثرنا فيها على فوائد جمة لا تقل عن فوائد التقاويم الاورية فانه يتضمن معلومات قلما يستغني عنها فرد عن الاعياد والمواسم وكسوف الشمس وخسوف القمر وعن الجمهوريتين السورية واللبنانية . وقد نشرت فيه نصوص المعاهدات: اللبنانية والسورية والعراقية والمصرية وذكرت فيه بعض الفرائد الادبية وجدول هجائي للمدن والقرى والمحافظات والاقضية اللبنانية ، والرسوم البريدية في النظامين الداخلي والخارجي ورسوم البرقيات ورسوم البريد الجوي وجدول المطر في سنتين وخرائط ورسوم عديدة مما يطول بنا ذكره

وطبع هذا التقويم متقن كل الاتقان ككل ما تبرزه المطبعة الكاثوليكية في بيروت شيخة المطابع ، وتبويبه جميل ولا عجب اذا جاء هذا التقويم على صغره آيةً في الاتقان ومدير البشير الأغرّ العلامة الاب شرل ايلا اليسوعي يتولاه بعنايته ويجمع مواده ويختار له الفرائد فينظمها فيه . فالى حضرة الاب الذي يخدم لغة الضاد اجلّ خدمة ببشيره وتقويمه تهانئنا الصادقة وشكرنا الخالص على هديته هذه الثمينة

م٠خ٠

❀❀❀

الجزء ٩ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٣٧ م الموافق لذي الحجة سنة ١٣٥٥ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ٩ شباط سنة ١٩٣٧

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العليم اسعد الحكيم واسماعيل الاسطه ، حادثتا هرع (هستيريا) باعثهما البرداء: الحادثة الاولى عن مريضة عمرها ٣٦ سنة في سوابقها الشخصية نوب بردائية اصيبت بفالج في القدم والساق اليمناوين وقد تبين من فحصها ان ليس هنالك آفة عضوية وان طبيعة الفالج هرعية والمريضة تشكو في الوقت نفسه نوافض خفيفة وارتفاعات في الحرارة وقد كشفت في دمها صورة هلالية مثبتة للبرداء فحقنت بالكينين وشفيت .

والحادثة الثانية عن مريضة عمرها ٢٠ سنة اعترتها نوب هرعية وكانت في الوقت نفسه تشكو قشعريرات وارتفاعاً في الحرارة فعولجت بالكينين وشفيت ايضاً .

المناقشة: الحكماء ترابو ، حسني سبح، اسعد الحكيم ، شوكة الشطي .

٢ — العلمان حسني سبح وبشير العظمه ، حادث سرطان رئوي بدئي : مريض له من العمر ٦٥ سنة يشكو نهجاً (dyspnée d'effort) وسعالاً جافاً في البدء ثم قيحياً مدمى بعدئذٍ وقد كشفت معاينة صدره الشعاعية عن كثافة الجزء العلوي من جانب صدره الايمن وتحليل دمه عن ان واسرمان ايجابي فيه فعولج اولاً معالجة افرنجي الرئة ولما لم تفد هذه المعالجة شك في السرطان الرئوي وقد اثبت فتح الجثة هذا التشخيص السريري

٣ — العلمان ترابو وعزة مريدن ، داء ستوكس ادمس اثر رض : مريض عمره ٥٥ سنة جمّال يشكو نوباً هرعية الشكل يبلغ عددها الخمس في اليوم وقد انتابته هذه النوب والزلة فجأة بعد ان سقط جمله وهو يحمل حجارة ثقيلة على صدره فكسر ضلعين من اضلاعه وأغمي عليه وبعد افاقته بدأ يشكو زلة ثم ظهرت نوبته الاولى بعد الحادثة بزهاء شهر . وقد دلّ فحص قلبه على ان بين بطينيه اتصالاً ربما نجم عن الرض الشديد الذي اصاب صدره لانه لم يكن يشكو اقل عرض قبله ولربما كان في ذلك الحجاب بين البطينين تأهب ولادي اضعفه فانفجر .

المناقشة : حسني سبح ، ترابو ، اسعد الحكيم ، ترابو .

٤ — العلم بشير العظمه ، خراج زحاري رئوي بدئي : مريض عمره ٣٥ سنة يشكو منذ ثمانية اشهر عرواء وحرارة عالية وسعالاً ونفثاً دموياً وهزالاً شديداً حتى شك في اصابته بالسل . غير ان فحصه الشعاعي كشف عن جوف محتفر في الفص الايمن السفلي بحجم البرتقالة الصغيرة وفيه سائل

وهواء كما ان عصيات كوخ لم تبدُ في قشاعاته فالمريض مصاب بخراج رئوي وطبيعته زحارية لان في سوابق المريض زحاراً شديداً استمر عشرة ايام ولم يعالج معالجة حسنة . عولج هذا المريض بحقن الوريد بالامتين (عشرة سنتغرامات كل يوم) فشفي خراجه شفاءً سريرياً وشعاعيا

المناقشة : شوكة الشطي ، ترابو .

ثم قرأ امين السر العام تقريراً بترشيح الاطباء ممدوح الصباغ وياسين المجه واسماعيل الاسطه لعضوية الجمعية فعينت لجنة من الاعضاء الحكماء انستاس شاهين ونظمي القباني وعبدالغني المحملجي لفحص الطلبات واعطاء النتيجة .

. . . .

« ١ »

حادثا هرع (هستريا) باعثهما البرداء

للعليمين اسعد الحكيم واسماعيل الاسطه

المشاهدة الاولى : فالج هرعي في القدم والساق اليمناوين :

السيدة س . زوجة احد الزملاء . عمرها ٣٦ سنة شعرت وهي صحيحة البدن في ٨ كانون الثاني ٩٣٧ بينما كانت تقوم بعملها البيتي بخدر واسترخاء في طرفها السفلي الايمن . ثم اخذ هذا الاسترخاء يزداد حتى اقعدها في اليوم التالي عن المشي . عوينت في ٩ منه فافادت انها كانت تشعر منذ عدة ايام وفي كل يوم بعد الظهر بقشعريرة خفيفة لا تمنعها من العمل ولا يعقبها ارتفاع

حرارة . واعلما زوجها انها كانت اصيبت منذ خمس سنوات في الحجاز . ببرداء من نوع الفاليسباروم لم ينق منها جسمها وهي تعاودها من حين الى آخر وانها كانت اصيبت في الصيف الماضي باسترخاء في طرفها العلوي الايمن شفي بالمداواة بملاح الكينا بمدة اسبوع . وانها لم تصب بغير ذلك من الامراض البتة .

باشرنا فحصها وهي جالسة على سريرها وطرفاها السفليان مدليان فألفينا قدمها اليمنى مسترخية فاقدة الحس والحركة حتى نهاية الساق العلوية . فهي لا تستطيع تحريك ابهام رجلها ولا رفع القدم كما انهـا لا تشعر بالألم ولا بوضع الابهام . اما حس اللمس فضئيل جداً وتتناقص درجة فقد الحس صعوداً حتى نهاية الساق العلوية حيث يقف ضياع الحس والحركة بخط واضح

علامة بابنسكي معطلة لا سلبية ولا ايجابية في القدم اليمنى . وهي سلبية في اليسرى . الانعكاسان الداغصي والدابري (الاشيلي) طبيعيان. الانعكاسات الجلدية طبيعية . علامة ارجيل غير موجودة . المشي والوقوف متعذران بلا استناد . لا اختلال في المصرتين . التوتر الشرياني ١٤ — ٧ . بولة الدم ٠،٣٥ تفاعل واسرمان في الدم سلبي . لا مناطق مولدة للهرع

ان مجموع العلامات الآنفة الذكر دلتنا على انه ليس هنالك آفة عضوية وان طبيعة هذا الفالج هرعية. فبدأنا نعالجها بالتلقين وملاح الكلس والفاليريانا ثلاثة ايام . وبالنظر الى سوابقها البردائية طلبنا الى زوجهـا قياس حرارتها مرتين في اليوم حتى اذا تحقق ارتفاعاً فيها يعاين الدم . فتبين ان الحرارة تصعد كل يوم حوالي العصر الى درجة ٣٧،٧ في عقب قشعريرة خفيفة وجاء

فحص الدم ايجابياً خفيفاً اذ لم يعثر الا على صورة هلالية واحدة كانت كافية لاثبات طبيعة هذه الحالة كيف لا وفي سوابق المريضة ما يثبت البرداء. فعولجت ثمة بحقن الكينين والزرنيخ فجاءت النتيجة حسنة اذ ان المريضة اخذت تستعيد الحس والحركة غب ثلاثة ايام من المعالجة الخاصة ولم يمضِ اسبوع حتى مشت على قدمها مع تثاقل خفيف .

المشاهدة الثانية نوب بهرية هرعية باعثها البرداء :

الآنسة ز . خ . من دمشق عمرها ٢٠ سنة مهزولة اصيبت في ١٩ كانون الاول سنة ٩٦٣ بنوب عصبية بهرية الشكل عولجت بالمسكنات المختلفة بلا جدوى . وقد شاهدناها في ٣ كانون الثاني سنة ٩٣٧ فاعلمتنا انها كانت مصابة في صيف سنة ١٩٣٦ بالبرداء . وانها فقدت والدها منذ شهر . وغب وفاته اخذت تشعر كل يوم بعد الظهر بقشعريرة خفيفة لا تقمدها . ثم منذ خمسة عشر يوماً اصيبت في اثناء القشعريرة بانقباض وتشنج صدري مع تتابع الشهيق والزفير يرافقهما اهتزاز في الطرفين العلويين لا تستطيع في اثنائه التكلم او الحركة . وتستمر هذه النوبة عدة دقائق ثم تزول ويعقبها تعب شديد . ومنذ اربعة ايام اخذت هذه النوب تتكرر في اليوم الواحد مرتين او ثلاث مرات . وليس في سوابقها ما يستحق الذكر .

لم يبدِ فحص جسم هذه المريضة السريري اية آفة في جميع اجهزتها . كما انه لم تشاهد في انفها وحلقها علة الا فاقة خفيفة في الدم وهزال وبعض المضض في الناحية الطحالية عند الجس . مما حملنا على الذهاب الى ان ماهية هـذه النوب هرعية . غير انه بالنظر الى اخفاق المعالجة بالمسكنات مدة اسبوعين

في السابق وبالنظر الى ماضي المريضة البردائي والرعشات الموقوتة التي كانت تشعر بها ذهبنا الى ان الباعث لها هي البرداء . فطلبنا الى المريضة استقراء حرارتها في اثناء النوبة وعقبها واعطيناها علاجاً مسكناً ليوم واحد فعادت في ٤ منه وقالت ان العلاج لم يفدها وان اصابتها نوبتان وان حرارتها كانت في عقب النوبة ٣٧,٦. فحقناها بغرام من الكينين ووصفنا لها شراب يودوتنيك فعادت في اليوم التالي مسرورة لذهاب النوب واستمرت على المعالجة اسبوعاً ثم غابت عنا . وقد اسفنا لعدم تمكننا من استقراء عامل البرداء في الدم .

يستدل من هاتين الحادثتين ان في جانب الهرع الوهمي الكاذب انواعاً اخرى ذات باعث عضوي او عفني لا تأتي فيها المعالجة النفسية بالتلقين وغيره ولا المسكنات بالفائدة المطلوبة ويسهل شفاؤها اذا قيض للطبيب اكتشاف باعثها واستئصاله .

المناقشة

العليم ترابو : يشك في كون الحادثة الاولى هرعية اغبة الانعكاس الاخمصي ويظن ان ربما كانت المريضة مصابة بالتهاب الاعصاب العديدة البردائي

العليم حسني سبح : ولكن المريضة لم تشكُ ألماً قط تاماً على التهاب الاعصاب العديدة – والحادثة الثانية يشك في طبيعتها البردائية ما زالت معاينة الدم لم تكشف العامل المرضي فيه

العليم اسعد الحكيم : ولكن المريضة عولجت ١٥ يوماً معالجة هرعية ولم تستفد شيئاً الا بعد الحقن بالكينين

العليم شوكه الشطي : اوافق الاستاذ سبح في شكه واذكر حادثة من هذا النوع شفيت بالحقن بالماء اي ان مجرد اجراء حقنة لها شفاها من دائها .

« ٢ »

حادث سرطان رئوي بدئي

للعليمين حسني سبح وبشير العظمه

استشفى المدعو د . ص . في شعبة الامراض الباطنة من المستشفى العام في ١٥ ايلول سنة ١٩٣٦ لزلة وسعال ونفث الدم .

ومريضنا من الضباط القدماء عمره ٦٥ سنة ، لم يلاحظ في استقراء سوابقه ما هو جدير بالذكر الا ظهور بعض الاندفاعات على جلده منذ بضع سنين خلت ، تلك الاندفاعات التي ظلت طبيعتها غامضة ، واسبابها مجهولة . والعليل مات له ثلاثة اطفال قبل تمام السنة الاولى من حياتهم .

ولما رأيناه للمرة الاولى لاحظنا فيه هزالاً بيّناً مع ازرقاق في الوجه واحتقان في المقلتين . وافادنا ان مرضه الحالي قد ابتدأ منذ ستة اشهر ، بنهج حين صعوده السلم ، وبسعال جاف في البدء لم يلبث ان اصبح قيحياً مخاطياً فيه بعض الخيوط الدموية . وكان السعال مترافقاً بوجع ناخس مقره المنكب الايمن ، وازداد ضيق النفس تدريجياً حتى لم يعد يغيب في حالتي الاضطجاع والاستلقاء .

وكشف الفحص الحكمي عن بقعة خرساء في الناحيتين فوق الشوك وتحته اليمناوين ، مع غياب الاهتزازات الصوتية وفقد اللغط الحويصلي . ولم تلحظ في هذه البؤرة لا نفخة ولا مأمأة ولا اي زئير اضافي آخر .

وكانت بقمة الجرس المذكورة ممتدة الى الابط ، والى الناحية فوق الترقوة بسعة قدرها ثلاث اصابع . وابدى الفحص الشعاعي الذي اجري غداة دخوله المستشفى كثافة متجانسة تشغل الجزء العلوي من جانب الصدر الايمن ، تمتد الى اقصى القمة في الاعلى ، بينما يحدها في الاسفل خط مستقيم اتجاهه من الاعلى الى الاسفل ومن الانسي الى الوحشي ، موافق لمسير الشق بين الفصين . وكان الجيب الضلعي الحجابي الايمن يشغله قليل من السائل . اما الاجزاء الاخرى من الساحتين الرئويتين فكان الشفوف فيها طبيعياً .

ولم يكشف فحص بقية الاجهزة عن اي خلل آخر ، وكان عدد دقات النبض ٩٠ في الدقيقة ، والضغط الشرياني ١٢ - ٨ بجهاز فاكز ، والحرارة المسائية تختلف بين ٣٧ و ٣٧،٥ ولم يرَ اي انتباج في العقد الرقبية وكانت الحدقتان متساويتين ، وعلامة آرجيل روبرتسون غائبة .

واخرج البزل الاستقصائي سائلاً مدمى ، اظهر الفحص الخلوي فيه كثيراً من الخلايا اللمفاوية ولم تكشف فيه خلايا سرطانية على الرغم من تكرار الفحص عدة مرات وكمية القشع كانت غزيرة ، ومنظره مخاطي قيحي فيه خيوط من الدم ، ولم تكشف عصية كوخ فيه حتى بعد التجنيس وكانت نتيجة البحث عن الخلايا السرطانية سلبية ، بينما ارتكاس واسرمان في الدم قد بدا ايجابياً .

وحيال هذا المشهد السريري ، وايجابية ارتكاس واسرمان في الدم والسوابق المشتبه بها ، تراءى لنا ان افرنجي الرئة ممكن فيه ، مع ان

الصمغ الافرنجي قلما يشغل فصاً رئوياً كاملاً . واستصوبنا معالجته معالجة نوعية فطلبنا اليه ان يجريها في بيته وان يعود الينا بعد شهر واحد .

ولما عاد الينا المريض بعد شهر ، وقد اجرى ما اوصيناه بـه من حقن بيزموتية وزئبقية ، لم نلاحظ اقل تحسن في حالته بل تحققنا ان الاضطرابات الوظيفية قد ازدادت فيه ازدياداً بيناً ، وان الزلة الاستلقائية قد انضمت الى الزلة الجهدية، واشتدت الزرقة، وظهر ركود وريدي في الجذع وجدار البطن

وكشف الفحص الحكمي عن انتشار واضح في البؤرة الرئوية مـع نفخة انبوبية قرب سرة الرئة اليمنى وعن خرس مع بقية العلامات البؤرية في القمة اليمنى . وقد حقق الفحص الشعاعي مـا بدا من الفحص السريري باظهاره امتداد الظل المتجانس . ولاحظنا من مقابلة الصورتين الشعاعيتين المأخوذتين بفاصلة شهر واحد، عدا امتداد الظل السابق ، ظلاً عقديا منصفياً شديد الكثافة ، وظلاً آخر في الجذر العلوي من الساحة الرئوية اليسرى

وكانت حال العليل سيئة للغاية . الامر الذي دعانا الى ادخاله المستشفى مرة اخرى في ١٣ تشرين الاول ١٩٣٦ لاجراء الفحوص المتممة الاخرى .

وبدت بعد دخوله بيومين وذمة في الطرف العلوي الايمن ، امتدت الى العنق والوجه ، يرافقها ركود وريدي يزداد يوماً بعد يوم . ولتقدير درجة الركود المذكور قاس احـدنا الضغط الوريدي بمقياس ويلاره (Villaret) وكانت النتيجة كما يلي : ٣٧ سم في الوريد الرأسي الايمن . ١٥ سم في الوريـد الراسي الايسر و ٢٥ سم في الاوردة السطحية من جدار البطن .

وابتدأت الحرارة بالصعود كل مساء الى ٣٨ . والبحث عن عصية كوخ ظل سلبياً وكذلك عن الخلايا السرطانية . وعلى الرغم من غيبة هذه الخلايا واستناداً الى التناذر المنصفي والتناذر الرئوي فان تشخيص سرطان الرئة البدئي في عليل مصاب بالداء الافرنجي قد اصبح لا شك فيه .

وتوفي المريض فجأة في ١٠ تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ ، واجرى احدنا فتح جثته في اليوم التالي ، فظهرت الالتصاقات الجنبية في القمة اليمنى ، والكثافة في الثلثين العلويين من الرئة اليمنى مع منظر شحمي . وكان الورم ممتداً الى القمة اليسرى من المنصف الخلفي ، ضاغطاً الجذع العضدي الرأسي ، والوريد الاجوف السفلي قبل انصبابه في الاذينة اليمنى . وكانت في هذه علقات دموية كثيرة .

واكد التشخيص النسيجي ان الحادث ورم ايتليالي في الرئة .

ان ما يلاحظ في هذه المشاهدة الامور التالية :

١ — ظهور اعراض السرطان الرئوي في عليل مصاب بالداء الافرنجي الامر الذي اضل التشخيص في البدء ، فلم تفد المداواة النوعية فيه اقل فائدة

٢ — غيبة الخلايا السرطانية من القشع والسائل الجنبي . مع ان ظهور هذه الخلايا يعد من العلامات الواسمة في مثل هذه الحالات .

٣ — غيبة منظر جمد عنب الثعلب من النفث ، هذه العلامة الدرسية في سرطان الرئة وبقاء النفث قيحياً مخاطياً فيه خيوط دموية .

....

« ٣ »

ظهور مرض ستوكس آدامس في عقب رض

للعليمين ترابو وعزة مريدن

ليس ظهور مرض ستوكس آدامس فجأة في سن الخمسين امراً عادياً ، وقد شهدنا هذا الحادث فرأينا فائدة في تقديمه اليكم :

المدعو اديب وعمره ٥٠ سنة صنعته جمّال دخل الشعبة الجراحيـة في المستشفى العام لقطع بواسيره غير ان الجراحين كشفوا فيه اضطرابات قلبية فأرسلوه الينا لفحصه .

استجوبنا المريض فشكا الينا انه يصاب كل يوم بنوب صرعية الشكل يبلغ عددها الخمس مع اختلاجات قوية وارتجاجية يصحبها ضياع قصير في الادراك ولا يعضّ المريض لسانه ولا يلوث اثوابه ببول او غائط . وقد شكا ايضاً نهجاً (زلة الجهد) اضطره الى اعتزال مهنته ، وانتابتـه النوب والزلة فجأة اثر الحادث الذي سنسرده وكان قبله صحيح البدن قوياً لا يعكر شيء صفو حياته على الرغم من مهنته الشاقة حتى انه لم يكن يشعر بأثر للزلة او بشيء من التظاهرات العصبية قبل الحادث .

في السنة ١٩١٧ كان اديب يقود جملاً محملاً حجارة ثقيلة فانقلب الجمل فجأة عليه فألقاه تحته ، ثم انجده من رآه وحملوه وقد كسرت ضلعان من اضلاعه الى المستشفى وهو في حالة اغماء شديد ، ولما عاد اليه رشده سعل ونفث دماً واعترته تواً زلة الجهد التي لم تتركه حتى الآن ، وقـد بقي في المستشفى

شهراً وبعد خروجه منه بأربعة ايام او خمسة اصابته النوبة الاولى فاضاع رشده ولم تصبه نسمة ولا صيحة بدئية ولم يعض لسانه ولم يلوث ثيابه ببول او غائط ، ومنذ ذلك الحين ظلت النوب تتجدد دائماً حتى اصبحت يومية وعدة مرات في اليوم الواحد .

فحصنا المريض فشاهدنا فيه علامات تنمّ على ذات القصبات المزمنة ، وابطاء في النبض يتراوح بين ٢٥ — ٣٥ في الدقيقة، ونفخة انقباضية شديدة في الناحية الوسطى للقلب تنتشر عرضاً ، وبعض خوارج الانقباض ، واما ضغطه فـ ١٤—٧ بجهاز فاكز ، ولم نرَ شيئاً آخر في فحص الاجهزة الاخرى ولا في الجملة العصبية العامة .

وقد اجرينا تفاعل واسرمان في الدم فكان سلبياً ولم تزد بولة دمه عن ٤٥ ، ٠ سنتغراماً وقد ابان الفحص الشعاعي ان قلب المريض ضخم وفي وحشي حلمة الثدي الايسر ، ولم نستطع اجراء مخطط القلب الكهربي لاختلال الجهاز . ولم نجنِ من سوابق المريض ما يدل على علامة نوعية وقد نفى المريض كل عدوى واثبت انه كان صحيح البدن حتى اليوم الذي اصيب فيه بالحادث المسرود .

زوجته صحيحة البدن وقد ولدت ثلاثة اولاد ابنة سليمة وابنين مات احدهما بالتهاب الامعاء والثاني بحمى مجهولة ولم تجهض ابداً – هذه هي القصة على علاتها .

يستوقفنا هذا المريض عند نقطة هامة وهي انه لم يصب حتى تاريخ حادثه بنوبة او زلة وقد استطاع مزاولة مهنته الشاقة التي تتطلب نشاطاً وقوة دون

ان يصيبه ملل او سآمة او يعتريه ضيق او ضجر تنفسي خلال عشرات السنوات ، فأقل ما يستطاع قوله فيه ، وهو ما املى علينا عنوان المشاهدة ، هو انه اذا كانت الآفات القلبية التي رأيناها فيه موجودة قبل الرض فان تناذر ستوكس آدامس السريري المتجلي بنوبه الصرعية وبزلته الجهدية لم يكشف الا بعد الرض المذكور ، وحيث ان هذين العرضين الوظيفيين ينجمان عادة عن بطء النبض فلا شك ان بطء النبض هذا ظهر بعد الرض نفسه ايضاً .

وتدل العلامات التي جنيناها بالمسمع على ان اشتراك ما بين البطينين قطع شعب حزمة هيس فأدى ذلك لفرقان اذيني بطيني ، والسؤال الاخير الذي لا بد من القائه هو هذا أكان الاشتراك بين البطينين نتيجة للضغط الفجائي الشديد الذي احدثه الجمل وحمله على الصدر ، او ان هذا الاشتراك كان قبلاً فكشفه هذا الحادث ؟ لا يسهل التسليم بان اشتراكاً ما بين البطينين كالذي اظهره فحص القلب مع نفخة خشنة شديدة كان منذ سنين عديدة او منذ الولادة لانا لم نجد في سوابق المريض ما يثبته ولو انه وجد لكانت دلت عليه بعض الاضطرابات الوظيفية : زلة ، خفقان في اثناء صعوده الجبال بعامل مهنته . فنحن على الرغم من ندرة هذا الامر نرانا مضطرين الى التسليم بان الرض قد احدث الاشتراك ما بين البطينين فدلت عليه النفخة الانقباضية في الناحية المتوسطة للقلب ، وابطاء النبض وزلة الجهد والنوب الصرعية ، ولعل تأهباً موضعياً ولادياً في حذاء اللفافة المتوسطة من الحجاب بين البطينين كاف لتعليل الحادث اما اذا كان زملاؤنا يخالفون رأينا فليتفضلوا بابدائه وليبينوا لنا اسباباً أخرى .

المناقشة

العليم سبح : الا تظن ان المريض ربما كان قد اصيب بالتهاب الشغاف (endocardite) وان التهابه اضعف حجابه بين البطينين حتى اذا جاء رض شديد على الناحية القلبية انشق هذا الحجاب

العليم ترابو : ولكن ليس في سوابق المريض من الامراض ما يحدث هذا الالتهاب فهي خالية من الرثية الحادة وداء الافرنج وهب ان المريض كان مصاباً بالتهاب الشغاف افلا يحدث التهاب شغافه هذا اعراضاً تدعوه على الاقل الى تبديل مهنته الشاقة وتسلق الجبال وراء جمله طيلة المدة التي سبقت الرض وهو لم يشك فيها اقل عرض فضلاً عن ان التهاب الشغاف لا اظنه كافياً لاضعاف الحجاب بين البطينين وعليه فانني ارجح ان ذلك الضعف ولادي

العليم اسعد الحكيم : لا اظن ان الرض قد احدث الانفجار بل انه كان سابقاً له والا لكانت حدثت عوارض فجائية شديدة حين اتصال البطينين الفجائي .

العليم ترابو : اما كون الاتصال سابقاً للرض فتنفيه حالة المريض الحسنة قبله كما ذكرنا واما كون الاعراض التي تطرأ حين حدوثه شديدة فلا انكرها واظن ان اغماء المريض زهاء يوم كامل وملازمته الفراش باعراض زلة شديدة زهاء شهر ليسا اعراضاً طفيفة

العليم اسعد الحكيم : ولكن هذه الصدمة تحدث عقب رضوض الصدر التي لا يرافقها انفجار الحجاب بين البطينين ولا ننسين ان المريض قد

كسرت ضلعان من اضلاعه ايضاً .

العليم ترابو : تريدون ان نقرّ بان هذا المريض قد صرف حياته وراء جمله وبطينا قلبه مشتركان ولم يشكُ اقل عرض حتى حدث الرض فظهرت جميع هذه الاعراض الكامنة . ان هذا لا يسلم به عقل .

. . . .

« ٤ »

خراج زحاري رئوي بدئي

للدكتور بشير العظمه

ان ما عليه تقيحات الرئة كافة من انذار وخيم يباين كلّ المباينة انذار خراج الرئة الزحاري السليم وشفاءه المحقق بعد تشخيصه ومعالجته الامر الذي يدعونا دائماً الى الكشف عن طبيعة التقيح الرئوي ومعرفة ما اذا كان زحاري المنشإ كيف لا ونحن في بلاد يعيث فيها الزحار ولا يكاد يخلو احد من شره فاذا لم يبدُ فيه بشكله الحاد ظهر بشكله المزمن واقل هفوة يقترفها الطبيب في تشخيصه قد تكون وخيمة العواقب على المريض .

اتى المدعو محمد النبكي من قرية جسرين وعمره ٣٥ سنة مستوصف الصليب الاحمر بدمشق في ٥ كانون الاول ١٩٣٦ واخبرنا انه اصيب منذ ثمانية اشهر بعرواء شديدة وحرارة عالية كانت تتراوح بين ٣٩ و ٤٠ مع سعال

جاف وقشاعات مدماة وان هذه الحالة الحادة استمرت زهاء عشرة ايام ثم انقشعت غير ان السعال استمر والهزال اشتد حتى ان وزن المريض هبط ١٥ كيلو غراماً في خلال ثلاثة اشهر .

المعاينة: يبدو المريض كمصاب بالسل فهو شاحب اللون ، غائر المقلتين ، نحيل البدن ، ترابي البشرة ، متوذم الطرفين السفليين ، يلقي قشاعات قيحية ممتزجة دماً متخثراً حرارته ٣٨،٦ ونبضه ١١٠

وقد ظهرت بفحصه السريري بقعة خرسها خفيف في الناحية تحت الشوك اليمنى وسكون تنفس تام وفي الامام بحذاء الثدي نفخة كهفية مع خراخر تحت الفرقعية الكبيرة .

عوينت قشاعاته لتحري عصية كوخ فيها فكانت سلبية على الرغم من تكرار الفحص مع التجنيس ثلاث مرات متوالية وقد لحظت وانا افحص محضرات قشاعاته ان الجراثيم المقيحة التي تظهر عادة في القشع كانت قليلة وان جلّ ما ظهر افراد من المكورات الرئوية . عدد الكريات البيض ١٧٠٠٠ ، الحمر ٢,٣٠٠,٠٠٠ الصيغة الكروية : ٧٥ ./ٰ كثيرات النوى المعتدلة ١٥ ./ٰ وحيدات النواة الكبيرة ، ٧ ./ٰ لنفاويات ، ٣ ./ٰ محبات الحامض .

ولم تشاهد الطفيليات ولا بيوضها بفحص القشاعات المبسط .

وقد بدا بفحص الصدر الشعاعي جوف محتفر في الفص السفلي الايمن بحجم البرتقالة الصغيرة في قعره سائل تعلوه طبقة من الهواء واضحة وفي الجيب الضلعي الحاجزي الايمن انسكاب .

بعد ان بدا لي هذا المشهد الرئوي واضحاً نبذت التشخيص الذي جال في فكري بعد رؤيـة المريض للوهلة الاولى وعرفت انه مصاب بخراج رئوي غير انني وقد وثقت بهـذا التشخيص جددت في معرفة طبيعة الخراج وبعد استجواب دقيق استنتجت ان المريض اصيب منذ زهاء سنة اي قبـل ان تبدو الاعراض الرئوية فيه بزحار شديد استمر زهاء عشرة ايام ولم يعالجه معالجة حسنة .

فبدأت فوراً بحقن وريده بعشرة سنتغرامات من الامتين يومياً فكانت النتيجة باهرة لان المريض شعر منذ الحقنة الاولى بتحسن ظاهر في احواله العامة واستمرّ التحسن فهبطت حرارته هبوطاً تدريجياً وبلغت في اليوم الثالث ٣٧° ولم ترتفع بعده وقلت كمية القشاعات فبعد ان كانت في اليوم الواحد ١٣٠ - ١٥٠ سم٣ خفت في اليوم الثالث وانقطع السعال .

وزالت الاعراض السريرية: النفخة والخراخر في اليوم نفسه واستمرّت في قاعدة الرئة احتكاكات جنبية واختفى المنظر الكهفي في الصورة الشعاعية

وبقيت احوال المريض العامة آخذة بالتحسن فزال الشحوب وتورد الوجه واختفت وذمة الطرفين الدنفية ولم يبدُ في الصورة الشعاعية في اليوم الثامن من معالجته الا خط دائري يحيط بـه نسيج رئوي واضح طبيعي المنظر وترك المريض المستشفى في ١٤ كانون الاول ١٩٣٦ قوي البدن لا يشكو اقل توعك وليس فيه ما يدل على الآفة الرئوية الخطرة التي كان مصاباً بها .

. . . .

رغبت في تقديم هـذه المشاهدة اليكم ليس لانهـا مفردة في بابها والمشاهدات من هذا النوع كثيرة بعد ان انتبه الاطباء الممارسون في البلاد الموبؤة بالزحار لهذا الاختلاط الرئوي بل لأبين بها ان الاشتباه بطبيعة الخراج الزحارية كاف لدعوتنا الى تجربة الامتين الذي لا خطر من استعماله في مرضى سائرين الى موت محتم بدونه . وعدا ذلك فان لهذه المشاهدة قيمتها العلمية فان المؤلفين لم يذكروا في هذا الموضوع ظهور الانصباب الجنبي في الخراجات الرئوية الزحارية الا في مشاهدتين للامي ودوره انصب سائل في جنبي مريضيهما وكان مصلياً ليفياً بيد انه في مريضنا قيحي وفيه ٧ ٪ من محبات الحامض .

يعدُّ مؤلفو الغرب الاقامة في بلاد موبؤة بالزحار حجة كافية للاشتباه بطبيعة التقيح الرئوي واستعمال الامتين في علاجه . أفلا يجب علينا والزحار وباء بلدي عندنا ان نجرب الامتين في التقيحات الصدرية كافة اية كانت طبيعتها ؟ وان نعلم ان اهمال مثل هذه المداواة قد يكون منه خطر اكيد على حياة المرضى وان الامتين قد يكون منه شفاء باهر كما في هذه المشاهدة.

يـدعي بعض المؤلفين ان فعل الامتين ليس خاصاً بالخراجات الزحارية وانه مادة مفيدة في معالجة التقيحات الرئوية غير الطفيلية ويزعمون ان شفاء الخراج بالامتين ليس دليلًا على طبيعته الزحارية ويسندون مدعاهم بشفاء خراجات رئوية حادة بالامتين حتى ان بعضهم قد شفى خراجات رئوية غير حادة به ايضاً .

لا ننكر ان بعض هذه الخراجات غير الزحارية يشفى ولكننا ننبه هذه الفئة

ان شفاءها لم يتمّ باستعمال الامتين بل انه قد حدث فوراً فان الخراجات الرئوية المحدثة بالمكورات الرئوية او العقدية تشفى من نفسها وهذا ما لا يفتأ يكرره منذ سنين الاستاذ سرجان في سريرياته في مستشفى بروسه في باريز فليس الشفاء الذي نحصل عليه في الاشكال الحادة الا نهاية طبيعية تنتهي بها خراجات الرئة الحادة وليس للأمتين اقل تأثير في سيرها فهي تشفى استعمل الامتين ام لم يستعمل .

اما خراج الرئة في مريضنا فقد سار سيره السريري ثمانية اشهر ولم يتحسن ولم تخف اعراض التقيح فيه بل كانت حالة المريض العامة تسير من سيء الى اسوأ في الاشهر الاخيرة حتى ان الدنف بدا فيه وكان الى القبر اقرب من قاب قوسين واذا بالامتين ينفخ فيه روح الحياة ويبعثه بعثاً فان جميع الاعراض الخطرة سريرية وشعاعية قد امحت امحاء تاماً كانها لم تكن في خلال بضعة ايام . أفيجوز لنا بعد هذا ان نسلّم بشفاء المريض عفواً وقد مرت عليه ثمانية اشهر ولم يتحسن ام علينا ان ننسبه الى الامتين نفسه بل أيجوز لنا ان نشك في طبيعة هذا الخراج الزحاري لاننا لم نشاهد الطفيلي في قشاعات المريض ؟لا لعمري فان كشف المتحولات في الخراج الرئوي امر نادر. والمشاهدات عنه معدودة كما ان كشفها في خراج الكبد نادر ايضاً وكما اننا متفقون على ان خراجات الكبد زحارية فلماذا نشك في ان بعضاً من خراجات الرئة كما في المشاهدة التي قدمتها لكم زحاري ايضاً .

المناقشة :

الحكيم شوكة الشطي : لماذا تشفى خراجة الرئة بالامتين وخراجة الكبدلاتشفى به ؟

الحكيم ترابو: ان خراجة الرئة تشفى بالامتين لانها منفتحة في القصبات وهذا ما يقع لخراجة الكبد اذا ما أفرغت فانها تشفى حينذاك بالامتين ايضاً.

❀❀❀

العملية القيصرية واتقاء الاخطار العفنة فيها

نشرت مجلة محفى الجراحة بحثاً طريفاً عن طريقة كان ابتكرها لويس بورت لاتقاء العفونة التي يستطاع تسربها من الرحم العفنة في الصفاق (الباريطون) بعد العملية القيصرية رأينا في نقله فائدة كبيرة .

قال لويس بورت :

ان العائق الكبير الذي يقف في وجه الجراحة القبالية (obstétricale) متى اختير الطريق البطني هو العفونة التي يحتمل انتقالها من جوف الرحم. فمتى دعي الجراح الى عمل جراحي متأخر بعد ان يكون قد مرّ زمن ليس بقصير على انفتاح البيضة وبعد ان تكون عفونة المهبل قد انتشرت الى باطن الرحم تصبح العملية القيصرية الاقتصادية التي تعدُّ عملية سليمة متى بكر في اجرائها ذات خطر لا ينكر . وينجم الموت عن تلقيح جيب الصفاق في سياق العملية الجراحيـة على الرغم من الاحتياطات الشديدة المتخذة لاجتنابه او عن التهاب الصفاق الثانوي الذي يبدو في اليوم الثامن او العاشر من العملية ، كما يثبت فتح الجثث ، اذ تتفكك خياطة الرحم العفنة فيتلوث الصفاق ، او عن انسمام الدم (septicémie) الذي اكمل سيره وكان يستطاع وقفه بتجفيف ينبوع العفونة اي باستئصال الرحم المتعفنة .

ان هذه الامور التي تحققنا حدوثها دعتنا الى اقتراح طريقة جراحية

تقينا هذه الاخطار الثلاثة . وهي تشتمل على زمنين عمليين يفصل شهر احدهما عن الآخر .

في الزمن الاول تجرى العملية القيصرية المألوفة وفقاً للطريقة الجراحية الدرسية غير ان الرحم تبقى في خارج البطن ولا تفرغ محتوياتها الا بعد ان يكون جدار البطن قد خيط خلفها اجتناباً للتلوث البضعي (opératoire) وتترك الرحم المقيصرة (césarisé) والنفيران والمبيضان في خارج البطن الوقت الكافي لاندمال جرح الرحم . وكثيراً ما يرى الجراح في سياق هذه الفترة ان الرحم قد تفككت ندبتها العفنة . فيترك لها الوقت الكافي ليطهر جوفها ثم يخيطها خياطة ثانوية. واذا ما ظهر انسمام دم نفاسي استأصل الرحم الباقية في خارج البطن والمريضة في سريرها وبلا تخدير .

ويقوم الزمن الثاني باعادة الرحم الى جوف البطن وقد اجريت هذه العملية للمرة الاولى في السنة ١٩٢٣ في دار حضانة بورويال في باريس .

واليكم باختصار مشاهدة المريضة التي دعتني الى استنباط هذه الطريقة الجراحية :

امرأة عمرها احدى وعشرون سنة ولدت ولدها الاول في السنة ١٩٢٢ ولادة طبيعية واستدعيت لمعاينتها في السنة ١٩٢٣ اذ كانت في حملها الثاني فرأيتها في الحالة التالية : الاغشية مشقوقة منذ مائة وثلاثين ساعة ، والحرارة ٣٨ ، والنبض ١٦٠ ومتقطع ، والنخط (liquide amniotique) تنبعث منه رائحة نتنة ، والرحم منتفخة بالغازات ، فكان لا بد من افراغ الرحم السريع فعوضاً عن ان اصنع العملية القيصرية واستأصل الرحم وحالة المريضة

على ما ذكرت من السوء او افرغها واعيد الى البطن هـذه الرحم المتعفنة التي ستتفكك غرزها وتعفن ا لصفاق فكرت في ابقاء الرحم خارجاً وخياطة جدار البطن خلفها ثم فتح الرحم وافراغ محتوياتها وخياطتها ومراقبة هـذه الخياطة والرحم ملفوفة بالضماد .

واثبتت توابع العملية ان ما كنت اخشاه قـد وقع فلم يأت اليوم الثاني حتى بدت على الرحم بقع من الموات عقبها تفكك خياطة الرحم . غير اني استطعت خياطة الرحم ثانية في اليوم العشرين بعد ان طهر جرحها واعدت الرحم الى البطن في اليوم الثالث والاربعين بـلا اقل عارضة . وتركت المريضة دار الحضانة في اليوم الحادي والخمسين من دخولها بعـد ان تمّ لها الشفاء محتفظة برحمها وملحقاتها .

وقد تمكنت من مراقبة هذه المرأة زهاء ثلاث عشرة سنة بعد عمليتها وهذه هي النتائج البعيدة :

ففي سنة ١٩٣٠ حملت للمرة الثالثة واستدعت حالة حوضها السيئة عملية قيصرية اخرى فكانت عواقب هذه العملية بسيطة واستطيعت بعدهـا معاينة ندبة الرحم الاولى (ندبة الخياطة الثانوية) معاينـة نسيجية فكانت مشابهة اتمّ المشابهة لبناء الندب بالمقصد الاول .

وفي السنة ١٩٣٤ حملت مرة رابعة وبلغ حملها الغاية وولدت بعد التقليب واستعمال ملقط الجنين .

وفي السنة ١٩٣٥ حملت مرة خامسة وانتهى حملها باسقاط عفوي على ما ادعت فلم تحتج الا الى تجريف اصبعي لان قطعة من المشيمة بقيت عالقة

بالندبة الرحمية (التي اجريت في القيصرية الثانية واندملت بالمقصد الاول).

. . . .

ان هذه المرأة قد نجت على الرغم من سوء حالتها واحتفظت برحمها وملحقاتها بفضل الطريقة التي استنبطتها. ولو ان قيصريتها الاولى اتبعت باستئصال الرحم او لو ان رحمها اعيدت الى بطنها بعد القيصرية لكانت اليوم في عداد الموتى . اضف الى ذلك ان الرحم التي احتفظ بها على الرغم مما اصابها من العفونة والتفكك حملت وبلغ حملها الغاية مرتين واحتملت قيصرية ثانية وتقليباً وملقط جنين .

وليس في تاريخها ما يمكنه ان يعد محذوراً الا التصاق ندبتها الرحمية بقطعة من المشيمة غير ان هذه الندبة لم تكن من القيصرية الاولى بل من الثانية التي التأمت بالمقصد الاول . ولست اظن ان هـذا المحذور يستحق الذكر اذا قيس بالفوائد الجمة التي نالتها المرأة من هذه الطريقة وبالاخطار التي نجت منها .

. . . .

لا ينكر ان شيوع العملية القيصرية المنخفضة في يومنا ضيقت دائرة استطبابات هذه العملية التي تترك فيها الرحم خارجاً غير ان هذه الطريقة التي ابتدعها بورت جديرة بحمل اسمه فانها مكنته ومكنت غيره من الجراحين الذين استعملوها من الاحتفاظ بوظيفة المرأة التناسلية .

ولطريقة بورت في الامراض النسائية مثال في الجراحة العامة فاذا ما شقّ الجراح عن فتق معوي مختنق ورأى عروة معوية قد اضطربت تغذيتها فشكّ في حياتها ابقاها في الخارج وراقبها لانه يرى في اعادتها الى البطن خطراً على المفتوق فلا عجب اذا ما استعملت في جراحة النساء طريقة مماثلة لهذه .

م . خ .

❀ ❀ ❀

طريقة جديدة في زرع دم التيفيين

نشر نشأة عمر ومعاونوه من معهد طب الاستانة طريقة جديدة لزرع دم المصابين بالحمى التيفية هذا ملخصها :

اصبح زرع الدم في سياق الحمى التيفية وكثير من الحميات العفنية الاخرى واسطة اكيدة للتشخيص منذ بدء القرن الماضي اذ اعلن شوتملر وكاستلاني ان العصيات التيفية سهلة مصادفتها في دماء التيفيين . ومنذ ذلك الحين جدّ العلماء في تحسين طرق الزرع وتوفيقها مع كلٍ من العفونات املًا باكسابها درجة رفيعة في تشخيص الداء . فكم من التبدلات التي اقترحت لتعيين مقدار الدم وكم من الطرق الاستنباتية التي بحث فيها ومن بيئات الاستنبات التي تكلم عنها . ومما لا شك فيه ان نجاح الزرع تابع لعدد الجراثيم السائرة في الدوران الدموي . وان عدد الجراثيم ذو علاقة بمقدار الدم المزروع ودور المرض . ففي الحمى التيفية يكون الزرع في الغالب ايجابياً في الاسبوع الاول من العفونة اذ تكون الحرارة عالية .

فعوضاً عن ان نقتصر في زرع الدم على الاسبوع الاول او نستعمل منه مقداراً كبيراً الا نستطيع باحدى الوسائل زيادة عدد الجراثيم في الدم الجاري ولا سيما في ادوار المرض الاخيرة اذ يقل عددها فيه؟ من المعلوم ان الجراثيم في سياق الامراض العفنة تسبح في الدم الجاري غير ان بعض الاعضاء: الكلية والكبد والطحال تتلقفها لتقي البدن شرها ولا سيما الطحال الذي

يلعب دوراً كبيراً في الدفاع عن البدن بادخاره هذه الجراثيم فيه . ونعلم ايضاً ان اسفنجة الطحال الوعائية تنفرغ في الدوران العام متى انقبضت هذه الغدة وان عدة عوامل تؤثر في هذا الانقباض : الرياضة الشديدة والنزوف والانفعالات النفسية ولا سيما الحقن بالادرنالين .

فاذا كان الامر كذلك أفلا نستطيع الاستفادة من تقليص الطحال بالادرنالين قبل جمع الدم المراد زرعه.فنزيد عدد الجراثيم فيه ويصبح الزرع ايجابياً ؟ ان هذه الطريقة قد استعملت في امراض أخرى : البرداء وبعض ادواء الدم وشاعت في الممارسة . ولهذا غنّ لنشأة عمر ورفيقيه ان يجربوها في الحمى التيفية فاستغنموا انتشار وافدة من هذه الحمى في بعض احياء استانبول وجربوها في ٣٩ مريضاً فكانوا يزرعون دمه قبل الحقنة ويزرعونه مرة ثانية بعد ان يحقنوه بميلغرام ادرنالين بخمس عشرة دقيقة (١) فبدا لهم ان النتائج حسنة ولا سيما متى زرع الدم في الاسبوع الثاني او الثالث اذ يكون زرعه بلا حقن بالادرنالين سلبياً .

ففي ٤٢ زرعاً دموياً مصنوعة ما بين ١٥ - ٢١ يوماً من الحمى لاحظوا ان الزرع كان ايجابياً بعد الحقن بالادرنالين في ٢٥ منها اي في ما يعادل

(١) اختار المختبرون هذا الوقت لجمع الدم لان الطحال يبلغ فيه اقصى درجة من التقلص كما يستنتج من التحريات الشعاعية وعلى من يود استعمال طريقتهم ان يختار وقتاً اقصر او اطول اذا اراد . وقد زرع من الدم سنتمتران مكعبان في ٣ سم٣ من الصفراء ولعلّ مقداراً اوفر منه يزيد نسبة التفاعل الايجابي غير ان المختبرين شاؤا ان يصنعوا الزرع في شروط غير ملائمة لنجاحه ليتحققوا فائدة طريقتهم .

٥٩،٥ ./· وانه لم يكن ايجابياً الا في ١٤ منها فقط بدون الحقن بالادرنالين (٣٣،٣ ./·)

وليعلم ان الحقن بالادرنالين لم تنشأ منه اقل عارضة ولم يبدل اقل تبدل سير الحمى التيفية ولا زاد نسبة الوفيات فيها ولا عدد النكس ولا الاختلاطات فهم لا يجدون في استعماله اقل محذور لان به يزيد زرع الدم قيمة في تشخيص الحمى التيفية .

فعلى الزملاء الذين يمارسون في هذه البلاد الموبوءة بالحمى التيفية تجربة هذه الطريقة اذا شاؤا ولا سيما اذا رغبوا في زرع دم مريض ملقح ضد التيفية وفي اسبوعه الثاني او الثالث . فهي طريقة قد تشيع في المستقبل ليس في الحمى التيفية فحسب بل في كثير من العفونات التي يكشف تشخيصها بزرع الدم .

م . خ .

❀ ❀ ❀

الاستجواء (benzothérapie) في تقيحات الرئة

وغنغرينتها

نشر غولدكورن في الجزء ١٠٢ من المطبوعات الطبية النتائج الموقتة التي حصل عليها في معالجة خراجات الرئة بحقن الوريد بجاوات الصودا ثم عاد بعد ان اختبر طريقته في ٣٢ خراجة رئوية و٦ غنغرينات رئوية و ٤ التهابات القصبات والرئة المتقيحة و١٧ توسعاً قصبياً في خلال السنة الفائتة الى ذكر النتائج الجديدة التي اقتبسها .

منشأ هذه الطريقة ومستنداتها : اقترح غولدكورن منذ السنة ١٩٣٣ معالجة الامراض الرئوية بحقن الوريد بجاوات الصوده واستند في اقتراحه الى ان هذا الحقن خال من الضرر كما بين بازانو الذي استعمل الجاوات الوريدية في معالجة قرحة المعدة والى فعل الجاوات الباهر في مضادة النتن . بدأ بالمسلولين فحقن اوردتهم كل يوم بالجاوات وتحقق ان الحقن لم يحدث اقل عارضة فيهم وان قشاعاتهم كانت تخف خفة تدريجية باستعمالها ، وانها كانت تجف بعد خمس الى عشر حقن في ٩٠ ٪ منهم . وليعلم ان فعل الجاوات ذو علاقة بالمقدار الذي يحقن الوريد به منها فان غرامين من الجاوات او عشرة سم٣ من محلول نسبته عشرون ٪ كافيان يومياً للحصول على هذه النتيجة الحسنة غير ان ابلاغ المقدار الى ٣ او ٤ غرامات قد يكون ضرورياً في بعض

الحادثات للوصول الى النتيجة المبتغاة وقد لفتت علامة كانت تحدث مباشرة بعد الحقن نظر غولدكورن ولا سيما في الاشخاص الذين كانت تجف قشاعاتهم بسرعة وهي شعور المرضى في البلعوم الانفي بحس طعم وشم لذيذ لم يكن يستمر الا بضع دقائق . الامر الدال على ان شعور المريض كان يتفق مع فعل الجاوات المطهر القابض في جهاز التنفس . ومقدار الجاوات الذي يحدث هذا الحس في البلعوم الانفي هو المقدار الذي يجب استعماله لانه كفيل بانقاص القشاعات وتجفيفها .

وقد علل غولدكورن هذا الحس بانشباع ملحمة (parenchyme) الرئة بجاوات الصوده وبعثها خلال النسيج التنفسي على ما يرجح بالجاوات بشكل الحامض الجاوي . وقد سمى هذه الحادثة « علامة الانشباع » ولفت الانظار الى قيمتها في الممارسة فهي دليل على المقدار الذي يجب استعماله من الجاوات في الحادثات التي تظهر للوهلة الاولى مستعصية عليها .

الاستجواء في خراجات الرئة : شاع في معالجة خراجات الرئة بالجاوات تبلبل شديد ذلك لان كثيراً منها يشفى فوراً ولان بعضاً منها يستعصي على كل معالجة ويستدعي التوسط الجراحي .

ويعود الفضل الى كيندبرغ الذي فهم كنه المسألة حق الفهم : يقول كيندبرغ « ان الشفاء العفوي هو الشفاء العاجل » فاذا شفيت خراجة الرئة عفواً (spontanément) تمّ شفاؤها عادة في خلال اربعة الى ستة اسابيع واذا تأخرت شفيت في ثمانية اسابيع . فكل خراجة رئوية لا تحسن تحسناً سريعاً وشعاعياً في خلال ستة اسابيع لا تشفى عفواً . فاذا شئنا اختبار هذه

الطريقة كان علينا ألا نعالج بالجاوات الا خراجات رئوية مرت عليها ستة اسابيع او اكثر ولم يبد فيها اقل تحسن سريري او شماعي . وقد عالج غولد كورن منذ السنة ١٩٣٣، ٢٢ خراجاً رئوياً بالجاوات الوريدية احدى عشرة خراجة منها كانت ابتدأت منذ ثمانية اسابيع وعولجت بمختلف المعالجات ولم تثمر المعالجة فيها (السلفرسان الجديد ، الامتين ، الكحول) وست خراجات منذ ستة اسابيع وخمس خراجات فقط كانت شديدة الحدة فاضطر الى معالجتها قبل ذلك التاريخ ، كانت النوافض فيها متتابعة وتموجات الحرارة كبيرة والحالة العامة سيئة فعالج ثلاثاً منها بلا تأخير بمقادير عالية من جاوات الصوده فكان الشفاء السريري والشماعي تاماً وقد اضطر فيها الى ابلاغ الجاوات الى اربعة حتى الى ثمانية غرامات في اليوم اي ٤٠ — ٨٠ سم٣ من محلول نسبته ١٠ ٪ والخراجة الرابعة كانت عولجت بالكحول ثلاثة اسابيع ولم تثمر المعالجة فيها، فلما بدأ معالجتها بالجاوات كانت الحالة العامة سيئة جداً : النبض ١٤٠، التنفس ٤٠، الازرقاق واضح . فمات المريض بوهط القلب . والخراجة الخامسة مات صاحبها بعد دخوله المستشفى ببضعة ايام وكانت حالته العامة سيئة لا يرجى منها اقل امل : فان خراجات كبيرة كانت تملأ رئتيه وقد انبثقت احداها في الجنب الايسر . فمعالجة الخراجات بجاوات الصوده الوريدية جائز تأخيرها الى ما بعد الاسبوع السادس متى كانت خفيفة الحدة واعراض الانسمام ملطفة ولكن في الخراجات الفائقة الحدة والشديدة الانسمام لا بد من المعالجة السريعة اذا شئنا النجاح لان شفاء المريض تابع للتبكير بمعالجته .

فقيمة هذه المعالجة واضحة وفعلها الحسن لا ينكر في خراجات الرئة

وذلك ما يستنتج من مشاهدات غولدكورن التي نشر بعضها فكان فعل الجاوات فيها باهراً بعد ان خابت فيها الطرق الدوائية الاخرى المألوفة. والى القارىء ملخص النتائج التي حصل عليها غولدكورن في الخراجات الاثنتين والعشرين التي عالجها.

كان الشفاء السريري والشعاعي تاماً وثابتاً في ١٨ منها وكان التحسن محسوساً في اثنتين عولج صاحباهما في حارج المستشفى فلم يثابرا على المعالجة ولم تستطع مراقبة خراجتيهما عن كثب ومات مريضان كانت حالتهما العامة سيئة حين بدء المعالجة فليست الخيبة فيهما خيبة الطريقة نفسها بل الخيبة عائدة الى التأخير في استعمال المعالجة

الاستجواء في غنغرينة الرئة : استعمل غولدكورن الجاوات الوريدية في ست حادثات من غنغرينة الرئة فكانت النتائج سريعة وباهرة فان تحسن الحالة في خراجة الرئة لم يكن يبدو جلياً قبل ثمانية الى عشرة ايام واما في غنغرينة الرئة فانه كان يبدو في خلال خمسة الى ستة ايام. ويستحسن حقن الوريد بالجاوات مرتين في غنغرينة الرئة وبمقادير كبيرة .

ففي حادثة من غنغرينة الرئة كانت الغثيانات والاقياء تزعج المريض ازعاجاً شديداً فحقن وريده بستين سم٣ من محلول نسبته ١٠ ./. فغابت الغثيانات ٧ - ٨ ساعات وبعد ان حقن حقنتين بالمقدار نفسه وفي اليوم ذاته زال الغثيان تماماً وقد ثوبر على هذه المعالجة اسبوعين حقن المريض في اثنائهما بمائة وستين غراماً من الجاوات والنقية فكان الشفاء تاماً .

ويلفت غولدكورن الانظار الى فعل الجاوات المضاد للنتانة في غنغرينة

الرئة فاذا ما استعملت فيها كميات كبيرة (٨٠ — ١٦٠ سم٣ من محلول عشري في اليوم) تزول نتانة النفس ورائحة القشاعات المقيئة زوالاً تاماً .

ولا بد في غنغرينة الرئة كما في خراجاتها من التبكير في المعالجة ما امكن اي بعد ان يشخص الداء مباشرة لان الجاوات لا تفعل اقل فعل في ادوار الداء الاخيرة . .

عولجت ست حادثات غنغرينة رئوية بالجاوات فكانت النتيجة كما يلي : شفي اربعة مرضى شفاء تاماً وثابتاً وتحسن مريض تحسناً محسوساً مع ان غنغرينة رئته قد ابتدأت منذ ١٨ شهراً ومات واحد لان حالته حين دخوله المستشفى كانت سيئة (نبض ١٤٠ تنفس ٤٤ ، ازرقاق)

المقدار : ان لتعيين المقدار شأناً كبيراً فان استعمال كميات صغيرة من الجاوات سبب الخيبة في معظم الحالات فقد شاهد غولدكورن ست حادثات مبتدئة منذ سبعة الى عشرة اسابيع لم تفد فيها المعالجة بالكحول ولا بالسلفرسان الجديد والامتين والاستجواء ولاحظ ان الكميات التي استعملت من الجاوات كانت ٥ — ١٥ سم٣ من محلول نسبته ٢٠ ٪ في اليوم . فكميات كهذه لا تكفي لاشباع المرضى . وبعد ان زاد المقدار وابلغه الى ٢٠ — ٤٠ سم٣ من المحلول نفسه كانت النتائج التي حصل عليها بعد اسبوعين او ثلاثة اسابيع حسنة جداً وثابتة . فاصغر مقدار هو ٤٠ سم٣ من محلول عشري فاذا لم تظهر بعد استعماله « علامة الانشباع » وجبت زيادته وليس في ابلاغه الى ١٦٠ سم٣ اقل محذور .

وقد استعمل غولدكورن في ٢٢ حادثة خراجة رئوية يومياً المقادير التالية :

١ً - في ٩ حادثات	٤٠ سم٣ من محلول عشري او ٤ غم. جاوات	
٢ً - في ٤ »	٥٠ » » » » ٥ » »	
٣ً - في ٧ حادثات	٧٠ » » » » ٧ » »	
٤ً - في حادثتين	١٠٠ » » » » ١٠ » »	

وكانت مدة الحقن تتراوح من ٣-٤ اسابيع والمثابرة على الحقن واجبة حتى الشفاء الشعاعي اجتناباً للنكس .

وتصنع في الحالات الخطرة من الخراجات والغنغرينة حقنتان يومياً قوام كل منها ٤٠ - ٨٠ سم٣ من محلول عشري اي ٨ - ١٦ غم. جاوات يومياً . وليعلم ان المقدار كلما علا كان الشفاء اسرع .

علامات الاستجواء الثانوية: لم يصادف غولدكورن حتى الآن عوارض دالة على عدم التحمل وداعية الى وقف المعالجة . ولكنه يشير الى العلامة الثانوية التالية : وهي ان المريض يشعر بعد الحقنة مباشرة بدوار وغمامة امام عينيه غير ان هذا الحس يزول بعد دقيقة ولا يظهر الا في ٣٠ ٪ من المرضى وشدة هذا الحس تابعة لسرعة الحقن فاذا ما حقن بـ ٦٠ سم٣ من المحلول في دقيقتين اشتدت هذه العلامة . واما اذا حقن بها ببطء خلال خمس عشرة دقيقة فلا يظهر دوار ولا غمامة او انهما يكونان خفيفين. وعليه فلحقن ببطء زائد غير ان هذه العارضة موقتة ولا يعبأ بها . ويذكر ايضاً علامة اخرى نادرة ولكنها مزعجة صادفها ثلاث مرات في خراجات الرئة وهي ألم في ناحية المعدة يظهر بعد الحقن ببضع دقائق ويزول بسرعة باعطاء المريض بضع قطرات من اللودنم وصبغ اللفاح (البلادونا) ولا تظهر هذه العلامة

الا في بدء المعالجة وظهورها نادر كما ذكرنا وتمرُّ غير تاركة اثراً ولا شأن لها في الممارسة . ولا ما يمنع زيادة مقدار الجاوات اذا استدعتها حالة المريض على الرغم من ظهور هذه العلامة

مضادات الاستطباب: ليس لحقن الوريد بالجاوات مضادة استطباب مطلقاً بل ان المريض بعد الحقن يشعر بتحسن في صحته العامة ويجذل بعد الكدر وينطلق لسانه ويعود اليه الامل بعد اليأس. وقد عدل غولدكورن عن استعمال المحاليل القوية (٢٠ ./.) الى محاليل اخف (١٠ ./.) لان تلك تسدُّ الاوردة

ولا بد من استعمال محاليل نقية لانها ان لم تكن كذلك احدثت نوافض وحمى . ويستعمل غولدكورن المحاليل الالمانية (مارك كنول ، هايدن) ويحضر بولنك في فرنسة محاليل نقية ايضاً . ويجوز في بعض الحالات ان يضاف الى محلول الجاوات البنين (كافيين) او سكر العنب (غليكوز)

النتائج : ان استعمال هذه الحقن منذ مدة طويلة وفي كثير من المرضى مكن غولدكورن من القول انها من افضل الوسائل في مكافحة التقيحات الرئوية فالشفاء فيها اكيد وثابت لان بعض المرضى المعالجين بها والمراقبين منذ ١٢ ـ ٣٥ شهراً لم يبدُ نكس ولا في واحد منهم .

وقد شرع غولدكورن باستعمال هذه الحقن في التهابات القصبات والرئة منذ مدة قصيرة (٢٠ ـ ٦٠ سم٣ من محلول عشري في اليوم) فكانت النتائج مشجعة .

م . خ . .

❀ ❀ ❀

الشباب و الإشباب (١)

والتعمير (٢) والشيخوخة

للعليم شوكت موفق الشطي

يبصر الوليد النور ويستهل (٣) فتقام الافراح في دار ابويه ويهش ساكنوه وتكثر التهاني والزيارات فرحاً بقدومه ترضعه امه لبنها فتعطيه بذلك أعزَّ ما لديها وهو دمها راضيةً هاشةً ثم يدب (٤) ويثغر (٥) وهو ما زال طفلاً ساذجاً لا يميز بين الجمر والتمر ويأخذ بعد ذلك بالنمو والترعرع فيشتد ويسير مرحاً ثم يصير يافعاً فمراهقاً حتى اذا ما اجتمعت قوته واحتلم عاد حذوراً فاذا صار ذا فتاء فهو فتى وشارخ ثم يصبح شاباً في شرخ الشباب وذلك في عشرين سنة ثم تستقر حالته وتكاد تكون ثابتة مدة عشرين سنة اخرى لو لا ان بعض الوهن يعتريها .

---

(١) تأويل(rajeunissement)من أشب يشب. لم يرد ذكر هذه الكلمة بهذا المعنى في كتب اللغة على ان الحريري صاحب المقامات قد ذكرها في المقامة البكرية فقال « والضجيع الذي يشب ولا يشيب » اي يجعلك شاباً ولا يشيبك (٢) من عمره الله اي ابقاه زمناً طويلاً وقد جاء في القرآن الكريم -- « وما يعمر من معمر ولا ينقص من عمره الا في كتاب » . . (٣) الاستهلال اول بكاء الصبي وفي الحديث « الصبي اذا ولد لم يورث ولم يرث حتى يستهل صارخاً » (٤) الدب او مشي الطفل (٥) أثغر الصبي نبتت اسنانه

والانسان في هذا الدور قوي الجسم ، صحيح البنية ، نشيط ثم يأخذ بالتدني ويزداد ذلك شيئاً فشيئاً فيهن نشاط عضلاته وتعود مشيته بطيئة وتنحني قامته ويحدودب ظهره وتخور قواه ويبطىء عمل اجهزته وتصبح اعضاؤه كسلى وينتزع الكلس من عظامه فتسقط اسنانه ويشتعل الشيب في رأسه ويتناثر شعره ويجف جلده ويتحسف ، لا يقوى على النهوض هذا ان لم يكُ مقعداً ، لا يستطيع ان يمسك ريقه لانه ماج، يسيل لعابه كبراً وهرماً اذا جاع ، لا تقوى يداه المرتعشتان على ايصال الطعام او الشراب الى فمه بسهولة بل ينصب ما في الملعقة أو الآنية على لحيته وثوبه، يضعف حسه وشعوره ويخبل عقله . صورة تهلع لها قلوب من داسوا عتبة العقد السابع من العمر وترتعد لها فرائص من استوفوا السبعين لانها تمثل الانسان بأجلى مظاهر الضعف واهن الجسد والعقل مستقفاً (١) في زاوية الغرفة معتزلاً العالم وحيداً حزيناً

فلو تبصرنا في حالة الانسان في اول عمره ومنتهاه لرأينا انه بدأ حياته مقعداً لا يستطيع الحركة وانتهى عمره وهو كذلك غير ان بعد سكونه في الصغر دباً وحركةً ومشياً ، وبعد قُعادِه (٢) في الكبر رمساً ولحداً ، ترافق السذاجة والبساطة كل عمل يأتي به وهو طفل وتصحب السماجة سكناته وحركاته وهو شيخ ، لا يميز في صغره الضار من النافع ولكنه مع ذلك وديع لطيف يُنظر بعين الرضى الى كل ما يبدو منه ، ولا يفرق

(١) استقف الشيخ اذا ضمر وانحنى وانضم ومنه قيل كبر حتى كأنه قفة (٢) القعاد: الداء الذي يقعد واقعد الرجل لم يقدر على النهوض

في كبره بين الغث والسمين . الا ان عين الغضب تظهر مساويه ، يُخدم في طفولته بحنو وامل ويقوم افراد العيلة في قماده بواجبهم نحوه وكثيراً ما يشوب ذلك الضجر والملل فالأمل معقود عليه في صغره وليس الامر كذلك في كبره وقد نعتت هذه السن بانها ارذل العمر وقد جاء في القرآن الكريم : « يا ايها الناس ان كنتم في ريب من البعث فانا خلقناكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم من مضغة مُخلَّقة وغير مخلقة لنبين لكم ونقر في الارحام ما نشاء الى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدَّكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد الى ارذل العُمُر لكي لا يعلم من بعد علم شيئاً (١) » .

ان هذه النتيجة المؤلمة التي يؤول اليها حال الانسان وهذه الحالة المحزنة التي يبلغها جعلت له ذكرى الصبا سلوة وسيرة الشباب عزاء وعوده حلماً ولذلك اكثر شعراء العرب من وصف الشباب فبكوه واوجسوا خيفة من الشيب فهجوه واليك بعض اقوالهم قال ابو تمام :

غدا الشيب مُختطاً بفودي خطَّةً سبيل الردى منها الى النفس مَهيَعُ
هو الزَّور يُجفى والمُعاشر يُجتوى وذو الإلف يُقلى والجديد يُرقَّعُ
له منظر في العين أبيض ناصع ولكنه في القلب اسود اسفع

وقال محمود الوراق :

بكيت لقرب الأجل وبعد فوات الأمل
ووافد شيب طرا بعقب شباب رحل

(١) سورة الحج آية ٥

شبابٌ كأن لم تكن وشيب كأن لم يزل
طوى صاحب صاحباً كذاك اختلاف الدول

وكان ينشد ابو العتاهية شعره الآتي ودموعه تسيل على خديه

لهفي على ورق الشباب وغصونه الخضر الرطابِ
ذهب الشباب وبان عني م غير منتظَر الإياب
فلأبكينَّ على الشبا ب وطيب ايام التصابي
فلأبكينَّ من البلى ولأبكينَّ من الخضاب
إني لآمل ان أُخلَّدَ م والمنية في طلابي

ومن ابلغ الاقوال في التفجع على الشباب وفي ذم الشيب قول ابي حازم الباهلي :

لا تكذبنَّ فما الدنيا بأجمعها من الشباب بيوم واحد بدلُ
شرخَ الشباب لقد ابقيت لي اسفاً ماجدَّ ذكرك الاَّ جدَّ لي شكلُ

واحسن منه على رأي اللغوي الاديب الامام ابي هلال العسكري قول منصور النمري

ما تنقضي حسرةمني ولا جزع اذا ذكرت شباباً ليس يرتجعُ
بان الشبابُ ففاتتني بشرَّته(١) صروفُ دهر وايام لنا خُدعُ
ما كنت اوفي شبابي كنهَ غرته حتى انقضى فاذا الدنيا له تبعُ

وقد سئل ابو العتاهية اي شعر قلته اجودَ واعجب اليك قال قولي :

ان الشبابَ حجة التصابي روائح الجنة في الشبابِ

(١) شرة الشباب : نشاطه في ديوان المعاني لأبي هلال العسكري وفي الاغاني (بلذته)

وفي قول ابي العتاهية « روائح الجنة في الشباب » على رأي الجاحظ معنى لمعنى الطرب الذي لا تقدر على معرفته الا القلوب وتعجز عن ترجمته الالسنة الا بعد التطويل وادامة الفكر الجليل والتفكر الجزيل وخير المعاني ما كان الى القلب اسرع من اللسان

وبكى شاعرنا ابو العتاهية الشباب بقوله المشهور

عريت من الشباب وكان غضاً   كما يعرى من الورق القضيب
ألا ليت الشباب يعود يوماً   فأخبره بما فعل المشيب

غير ان الحلم الذي تغنّى به ابو العتاهية بقوله « ألا ليت الشباب يعود يوماً » صار حقيقة واصبح « ردّ قوة الشباب ممكناً »

جدّ الانسان منذ خُلق في اجتناب الموت ولكنه رأى استحالة الوصول الى مطلبه ونظر في حالته التي ينقلب اليها فألفى الموت خيراً منها كما قال الشاعر زَبّان بن سيّار الفزازي

اذا المرء قاسى الدهر وابيض رأسه   وثلّم تثليم الاناء جوانبه
فللموت خير من حياة خسيسة   تباعده طوراً وطوراً تقاربه

بُحث لذلك في اسباب العتيّ وسعي الى تحاشيه بوسائل مختلفة كالتمائم والتعاويذ والاكسيرات والمستحضرات والوصفات المتنوعة وقد اشتهر امر كل منها وراج مدة من الزمن وما لبثت تلك الوسائل ان عادت نسياً منسياً لانها لم تحقق الغاية ولم تنل الأرب

لجأ الانسان في الأعصر السابقة الى طريقة ما زلنا نشاهد اثرها اليوم وقد اوصى بها الطبيب الشهير « سيدنهام » في مذكراته اذ قال ما من وسيلة

توقظ العافية في مريض مضنك انجع من العناصر المتصاعدة من انفاس شاب قوي وسليم واشار بتنويم الشبان الأصحاء في غرف المرضى

ليس هذا الرأي من مبتكرات سيدنهام فقد قال به من قبل ابقراط وقد روي ايضاً ان الملك المقدس داود لما أثر فيه العمر وبرد جسمه وضعف وأعي امره نطس الاطباء تشاور خدمه فقرروا البحث عن فتاة عذراء تدفىء الملك فعثروا على الفتاة الجميلة ابيكايل فصرفت عنايتها لخدمته فاصطلح حاله وقد شاعت هذه البدعة مدة من الزمن وهنالك من الأقوال الكثيرة ما يدل على ذيوعها حتى اليوم منها المثل الشامي « لا تقترن من عجوز فتمتص ماء الحياة منك ولا تزوج ابنتك شيخاً فيمتص مائيتها »

وروي عن امير المؤمنين علي بن طالب رضي الله تعالى عنه انه قال من اراد البقاء ولا بقاء فليجود الغذاء ويتمشى بعد العشاء ولا يبيت حتى يعرض نفسه على الخلاء ودخول الحمام على البطنة من شر الداء واكل القديد اليابس معين على الفناء ومجامعة العجوز تهدم اعمار الاحياء. واشار المتنبي الى الاستشفاء بروائح الفتيات في شعره فقال

وفتانة العين قتالة الهوى اذا نفحت شيخاً روائحها شبا

وضع كوهاوزن (Cohausen) سنة ١٧٤٢ كتيباً تناول فيه تأثير انفاس الفتيان والفتيات في تحسين صحة الشيوخ فعمت هذه البدعة ووجد بعض الشيوخ في هذه السنة الطريفة ضالتهم المنشودة فاستنوا بها. ويروي لنا التاريخ بعض من اشتهروا بطول البقاء وربما كان لهذه البدعة شأن في إشبابهم منهم حيان بن قيس وقد تزوج ثلاثة اهلين فتيات ولا شك كما

يستدل من شعره

لبست اناساً فأفنيتهم وافنيت بعد اناس اناسا
ثلاثة اهلين افنيتهم وكان الاله هو المستاسا

ويدل قوله الآتي على عمره وانه ما زال قوياً

ومن يك سائلاً عني فاني من الفتيان ايام الخُنان (١)
اتت مائةٌ لعام ولدت فيه وعشرٌ بعد ذاك وحجتان
فقد ابقت خطوب الدهر مني كما ابقت من السيف اليماني

وقد بقيت اسنانه ترفُّ (٢) حتى مات وفي النهاية وكأن فاه البردُ وذكر ابن قتيبة انه عمّر مائتين وعشرين سنة ومات باصبهان وما ذلك بمنكر لانه قال لعمر رضي الله تعالى عنه انه افنى ثلاثة قرون وكل قرن ستون سنة فهذه مائة وثمانون سنة ثم عمر بعده فمكث بعد قتل عمر الى خلافة عثمان وعلي ومعاوية ويزيد

ويروي لنا التاريخ ان غوته قد عشق في سنته الثانية والثمانين ماريان يونغ التي كانت في العقد الثاني من عمرها وان طوماس بار دعاه ملك الانكليز في سنته المائة والثانية والثلاثين وكان تزوج في السنة المائة والتاسعة عشرة وبتر البرخت الذي عاش مائة وثلاث وعشرين سنة تزوج في سنته الثمانين ورزق سبعة اولاد وجورج دوغلاس عاش مائة وعشرين سنة وسبعة اشهر وتزوج في الخامسة والثمانين ورزق ثمانية اولاد وولد ابنه الاخير اذ كان عمره مائة وثلاث سنوات وهيريانوس وقد عاش مائة وخمس

(١) زمن الخنان كان في عهد المنذر بن ماء السماء (٢) ترف اسنانه اي تبرق وتتلألأ

عشرة سنة . ومن منا لم يسمع باسم زارو اغا التركي الذي مات حديثاً عن عمر يزيد على المائة والعشرين سنة وقد اقترن من ست فتيات وكان يلاكم وهو شيخ حفيد حفيده الشاب

ومن غريب الصدف ان ما من شيخ ممن ذكرنا اسماءهم الا وقد تأهل مراراً عديدة وكانت عرائسه فتيات

ويزعم كوهاوزن ان الهواء يدخل رئة الفتاة فيتضرج فيها بعناصر نافعة فتزفره حاملاً خواص غريبة تهب الشيخ النشاط وان الشيخ اذا مكث في مكان حيث يحيط به عدد من الفتيان والفتيات استنشق هواء ممتلئاً فتوة منشطاً للشيخ

اننا لو بحثنا في هذه الوسيلة واستنرنا بنور العلم الحاضر لوجدناها مستندة الى اسس أوهى من خيط العنكبوت لان الهواء الذي يزفره الانسان أشيخاً كان أم شاباً وعجوزاً ام فتاة يحمل عناصر ضارة لا نافعة · غير ان الكشوف الحديثة تفاجئنا بين الفينة والفينة بكل ما هو غريب ولا يبعد ان ينبه منظر الفتوة والشباب غدد الشيخ الصم فيجعلها تفرز بعد نضب افرازها وقد ثبت ان للرسل (هورمون) شأناً كبيراً في الشيخوخة . وهل لا يغزر سيلان اللعاب في فمنا اذا شممنا رائحة طعم ذكي ونظرنا الى طعام شهي ؟ على ان من الوسائل المتخذة اليوم في تجديد الشباب ما يتناسب والطريقة المذكورة . وقد قلنا في مقال سابق نشر في المقتطف [١] ان العلم كالتاريخ يعيد في بعض الاحيان نفسه مع الاحتفاظ بالتناسب بين شتى العصور

(١) المقتطف عدد فبراير ١٩٣٤ صفحة ١٤٩

ويزعم دعاة هذه الطرائق الحديثة ان حقن الشيوخ بخلاصة الاجنة وبدماء الفتيان خير وسيلة لمكافحة العجز الشيخي ، وتستند الفكرتان القديمة والحديثة الى اساس واحد وهو الاستشفاء بالفتوة

خيل الى كوهاوزن وقد وضع كتابه قبل عهد لافوازيه ان الهواء عنصر مركب كالدم يفسد اذا خالطته مواد ضارة ويصلح اذا امتزج بعناصر نافعة ومن العناصر النافعة فيه انفاس الفتيان والفتيات

ولا يخفى ان مستنبطي الطرائق يثبتون دعواهم بالاختبار والمشاهدات ولم يقصر كوهاوزن عنهم في ذلك فقد ابان ان معلمي الولدان اطول عمراً من غيرهم لانهم يتنفسون هواء مشبعاً بريح الفتوة والصبا . وقد عرف كوهاوزن نساء بلغن من الكبر عتياً عدن نشيطات قويات ، اثر اقترانهن من ازواج في شرخ الشباب وميعة الصبا وشاهد دوالف (١) اشبّوا اثر اقترانهم بفتيات منهم (ليتسيسوس) وقد تزوج وهو ابن ثمانين سنة بفتاة لها من العمر خمسةوعشرون ربيعاً فرضفي بادىء الامر ثم عاد قوياً نشيطاً لذلك اقترح بعض المختبرين حينها ان يُستخرج من انفاس الفتيان والفتيات الكسير للحياة وذلك بان يتنفس عدد كبير منهم في غرفة محكمة فيها ثقب متصل بوعاء فيه ماء فتتصاعد العناصر النافعة من الانفاس فتجري في الثقب وتنحل في الماء وقد سموا هذا الماء المضرج بريح الصبا وانفاس الفتيان مـاء الحياة فباعوه بأثمان باهظة

قيل بهذه الآراء في عهد غابر لم تكن العلوم فيه متقدمة هـذا التقدم

(١) جمع دوالف والدالف الشيخ البطيء المشية لثقله

المدهش الذي نرى اثره اليوم اما الآن فقد اعدت الدول مختبرات للعلماء يشتغل فيها عدد كبير من الباحثين وقد اخذ هؤلاء بالبحث في الشيخوخة تلك القضية المعقدة التي لم تنل قسطها من البحث والتي ما زالت غامضة لم يعرف كنهها ولم يسبر غورها تماماً مع ان الرغبة في الخلود والخشية من الموت رافقتا الانسان منذ الأزل واذا سئم الشيخ الحياة فليس ذلك طلباً للموت ولكن ضجراً من الضعف كما يقول شاعرنا الكبير المتنبي

وإذا الشيخ قال أفٍّ فما ملَّ حياة وانما الضعف ملاّ
آلة العيش صحة وشباب فاذا ولّيا عن المرء ولّى

يسأل العلماء عن الاسباب الداعية الى اختلاف عمر المخلوقات فمنها ما كانت حياته قصيرة لا تزيد عن سنة كبعض انواع النبات ومنها ما يعيش زمناً طويلاً كالأرز الخالد ومن الحيوان ما يعمر ساعات محدودة ومنه ما يبقى حياً ثلاثة عصور .

وما هذه الاسباب الا اسرار استصعب العلماء البحث فيها لكشف القناع عنها على اختلافهم فاجتنب الاحيائيون التنقيب عنها زاعمين ان الشيخوخة حادثة خلقية وتركوا التقصي فيها للاطباء ولم يفحص عنها المختبرون من الاطباء لانها حالة ليست مرضية وشغلهم معالجة المرضى ولم يعرها الغرائزيون (الفسيولوجيون) ما تستحقه من الاهتمام لانهم يرون انها حالة طبيعية والتنقيب عنها معقد واممن الفلاسفة فيها فكتبوا عنها ما سولت لهم انفسهم ولم تك ابحاثهم مثمرة فقد اعتادوا الاكتفاء باعطاء الرأي في الغالب، على ان هذه القضية العويصة لا تحل بنظرة فلسفة وفرضية خيالية ولا بد من الاختبار وليس ذلك رأيهم

ينسب علماء هذا العصر الشيخوخة الى اسباب عدة فيقول مشنيكوف انها انسمام بانقاض الاختمارات المعوية الذاتيـة وان للبلعمات الكبيرة نصيباً كبيراً في تكوين نسيج ضام يسيطر على الاعضاء فيشيخها ولا تنطبق هذه الفرضية على جميع المخلوقات لان كثيراً منهـا محروم الجهاز الهضمي والبلعمات مع انها تشيخ وتموت .

ولو نقّبنا عن هذا الرأي في كتب اطباء العرب لرأينا له اثراً اذ يقول ابن سينا في قانونه حين البحث عن اسباب الشيخوخـة وضرورة الموت : « اما الاسباب الخارجة فمثل الهواء المحلل والمعفن واما الاسباب الباطنة فمثل الحرارة الغريزية التي فينا المحللة لرطوباتنا والحرارة الغريبة المتولدة فينا عن اغذيتنا وغيرها المتعفنة وهذه الاسباب كلها متعاونة على تجفيفنا »

ثم يقول « وكلما اخذ التجفيف في الزيادة اخـذت الحرارة في النقصان فمرض دائماً عجز مستمر الى الامعان وعجز عن استبدال الرطوبة » الى ان يقول فيزداد التجفيف من وجهين احـدهما لتناقص لحوق المادة والآخر لتناقص الرطوبة في نفسها بتحليل الحرارة فيزداد ضعف الحرارة لاستيلاء اليبوسة على جوهر الاعضاء ونقصان الرطوبة الغريزية التي هي كالمادة وكالدهن للسراج لان السراج له رطوبتان ماء ودهن يقوم باحدهما وينطفىء بالآخر كذلك الحرارة الغريزية تقوم بالرطوبة الغريزية وتختنق بالغريبة وازدياد الرطوبة الغريبة التي هي عن ضعف الهضم والتي هي كالرطوبة المائية للسراج فاذا تمّ الجفاف طفئت الحرارة وكان الموت الطبيعي »

يستنتج مما سبق ان ابن سينا يعتقد ان للحرارة الغريبة المتولدة فينا عن

اغذيتنا ولضعف الهضم تأثيراً كبيراً في الشيخوخة والموت الطبيعي ويرى ان خير وسيلة لمكافحة الشيخوخة هي منع العفونة وحماية الرطوبة الطبيعية واجتناب الرطوبة الغريبة التي هي عن ضعف الهضم فينسب مشنيكوف الشيخوخة الى الانسمام الذاتي وضعف انبوب الهضم ويعزو ابن سينا ايضاً الموت والشيخوخة الى العفونة والمواد الغريبة الناتجة عن ضعف الهضم وهي ليست الا الاختمارات المعوية التي بحث عنها مشنيكوف

ويرى فورونوف ان الشيخوخة تنشأ من اختلال التوازن بين الخلايا الضامة والخلايا النبيلة فمتى اشتعلت هذه الفوضى في الجسد سار الانسان الى الموت لان الخلايا الضامة تكون وسادة تضطجع عليها الخلايا الجوهرية او تضم بعضها الى بعض وتغذيها فلا ضرر منها البتة بل هي نافعة نفعاً كبيراً ما زالت لا تجاوز الحد الذي وضعته لها الطبيعة وهي شديدة الضرر متى تجاوزت حدها وطغت فخنقت الخلايا النبيلة لانها لا تستطيع القيام بما تقوم به تلك وقلما تبدو هذه الفوضى في الحداثة لانها مظهر من مظاهر الشيخوخة بل هي الشيخوخة نفسها .ويزعم غيره ان تعب الخلايا ونفاد قواها الحيوية الكامنة وعدم توالدها او بطوءه من الاسباب الداعية الى الشيخوخة

ويعتقد الأزليون ومنهم اهل الكتاب ان الحياة والموت والشباب والشيخوخة حادثات كتبت منذ الازل وان حفظ النوع يقضي بزوال الشيوخ ليحل محلهم الشبان

ويدعي بعضهم ومنهم لوميار وماراغليانو ان الشيخوخة والموت وغيرهما من مظاهر الحياة حادثات لها صلة كبيرة بالقانون العام الذي يرأس الحالات

الغرائية . والواقع ان التدني الشيخوخي ولا سيما في الانسان والحيوانات العليا ينتج من عوامل عديدة يمكن جمعها في زمرتين

١ — العوامل الباطنية : وهي عوامل ذات صلة بالأمم (١) تنظم الحد الأعظم من عمر كل منها فتجعل حياة بعض انواع النبات قصيرة لا تزيد عن فصل واحد وحياة بعضها مديدة كأنها خالدة ولم يتوصل العلم حتى الآن الى وسيلة تبدل مدة هذا الدور الحيوي الخاص بكل امة

٢ — العوامل الخارجية : وهي كثيرة ومختلفة تختلف باختلاف البيئة التي يعيش فيها الانسان وباختلاف عمله وطوره قد تقصر عمره وتقوده الى الشيخوخة المبتسرة وقد تعينه على بلوغ أعلى درجات التعمير . ويمكن تنظيمها باتباع القواعد الصحية وبجعل البيئة التي يعيش المرء فيها صالحة

واخيراً حذار ايها الشيخ القارىء لمقالتي ان تغتر بما مرّ فتلجأ الى طريقة الاستشفاء بالفتوة ولا يخدعنك فيها سهولتها واستحسانك لها وتذكر المثل الطبي القائل « الغادة الشابة والطعام النفيس معولان يحفران قبر الشيخ »

❀ ❀ ❀

(١) جمع امة تأويل (espèces) بدلاً من انواع والامة جنس كل حيوان وقد جاء في القرآن الكريم ما يؤيد هذا المعنى : « وما من دابة في الارض ولا طائر يطير بجناحيه الا امم امثالكم » سورة الانعام آية ٣٨

فصل منسي في تاريخ الدورة الدموية

للعليمين سامي حداد وامين خير الله

من شعبة الجراحة في الجامعة الاميركية في بيروت

ترجمها العليم وجيه نجا

ان اكتشاف الدورة الدموية الرئوية موضوع هام وقابل للجدل . فقد وردت خمسة اكتشافات (١) على الاقل. واقيمت التماثيل على شرف اصحابها.

اعتقد ايرازيستراتوس من مدرسة الاسكندرية ان الشرايين والجانب الايسر من القلب خالية وهي تخدم لايصال روح الحياة الى الجسد واستمر هذا التعليم حتى تخلص منه جالينوس في القرن الثاني من الميلاد فاظهر ان وخز اي شريان في لبونة حية يؤدي الى تدفق الدم . وعلم ان اكثر الدم يدخل من جانب القلب الأيمن الى جانبه الايسر بثقوب لا تنظر في الحجاب وهناك يمتزج بالهواء ليخلق الروح ثم يتوزع في الجسد ويعود قسم ضئيل من دم الجانب الايسر الى الرئة في كل انقباض ليتنقى من (سناجه) . واشار الى ان قسماً صغيراً من الدم يمر من الجانب الايمن داخل الوريد الشرياني ثم يصل بطريق الشريان الوريدي الى الجانب الايسر فنرى ان كان لدى

(١) Michael Servetus, Realdus Colombus . Carlo Ruini Andreas Cesalpinus, Francois Rabelais وكلهم عاشوا في القرن السادس عشر

جالينوس فكرة مبهمة عن الدورة الرئوية .

وكان خطأه في اعتقاده بنفوذ الحجاب والعودة الانقباضية .

وصف ميكائيل سرفيتوس (١) في سنة ١٥٥٣ م. الدورة الرئوية فانكر نفوذ الحجاب ولكنه ايد نظرية جالينوس بان الدم في الشريان الوريدي ممتزج بالهواء التنفسي وانه ينقى من سناجه بالتنفس .

اربعة عشر قرناً – من جالينوس الى سرفيتوس – تمر بصمت .

في اكثر هذه الحقبة من الزمن قدمت المدنية العربية عدا احتفاظها بالطب الاغريقي ، مساعدات قيمة للطب . فمخطوطة في ايدينا تظهر ان في القرن الثالث عشر قدم ابن نفيس (٢) رئيس مستشفى المنصوري في القاهرة (مصر) فكرة جلية عن الدورة الرئوية .

درس ابن نفيس الطب في دمشق وعاصره المؤرخ المشهور ابن ابي اصيبعة (٣) وهما درسا على معلم (٤) واحد في دمشق وعملا معاً في مستشفى المنصوري في القاهرة ومع ذلك لم يأتِ الاخير على ذكر الاول في تراجمه . لقد ترك ابن ابي اصيبعة القاهرة الى حدود الصحراء السورية وقد يكون ابن نفيس مسؤولاً عن هذا الرحيل وقد يكون حذف اسمه

(١) في كتابه Christianismi Restitutio

(٢) هو ابو الحسن علاء الدين ابو الحزم ويعرف بابن نفيس

(٣) هو موفق الدين احمد بن القاسم بن ابي اصيبعة صاحب كتاب عيون الانباء في طبقات الاطباء الذي فيه عدا تاريخ مختصر للطب الاغريقي تراجم اكثر من اربع مئة طبيب عربي .

(٤) مهذب الدين الدخوار

عن تصميم، ولسوء الحظ ان ابن ابي اصيبعة تخلى عن اعطائنا ما قد يكون معلومات اولية قيمة عن احدى الشخصيات اللامعة في القرن الثالث عشر. ولكننا لم نترك في ظلام تام لان مترجمين عديدين (١) اعطونا تاريخاً تاماً بحياة ابن نفيس واعماله.

وصف لنا ابن نفيس انه احد اعاظم الاطباء في عصره يساوي ابن سينا ويفوقه في المعالجة. وعدا الطب فانه امتاز في اللغة والفلسفة والفقه والحديث، وهو مفكر حر وأحد اعلام شراح علم التوحيد. ويختلف عمن سبقه في انه مشاهد حاذق ومدون للحقائق مدقق. جعله حبه للحقيقة وعقله المنطقي يرفض قبول الحقائق المعروفة قبولاً اعمى. وكان كاتباً مكثراً زكيا يكتب بدون ان يعود الى اي كتاب. فكتب على الاقل عشرة كتب (٢) في

(١) الصفدي (٦٩٥ — ٧٦٤ هـ) المجلد الاول من كتابه طبع في المانية ومحمد الباقر في كتابه روضة الجنات كلاهما اعطى تاريخاً ممتازاً لابن نفيس. وابن السبكي في طبقات السبكي، والسيوطي في حسن المحاضرة والحنبلي . . . والخ.

(٢) نورد هنا قائمة من كتبه الطبية المعروفة :

١ — الشامل: هو دائرة معارف في الطب لو اكمله لناف على (٣٠٠) مجلد ولكنه لم يكتب سوى (٨٠) منه اكثرها ضاع ومنها قطع في مكتبة Bodleian رقمها (536-539)

٢ — المهذب في الكحل : وهو مؤلف في امراض العين.

٣ — المختار من الاغذية ، ٤ — شرح فصول ابقراط ، ٥ — شرح تقدمة المعرفة (لابقراط) ، ٦ — شرح مسائل حنين بن اسحق ، ٧ — شرح الهداية في الطب (هداية ابن سينا) ، ٨ — الموجز : شرح قانون ابن سينا ، ٩ — شرح قانون ابن سينا ١٠ — شرح تشريح القانون

مواضيع طبية مختلفة وكتاباً عنوانه : « رسالة فاضل بن ناطق، الرجل الكامل» وهذا الكتاب يوضح اعتقاد المؤلف في التوحيد وتعاليمه ، هذه التعاليم التي استشهد في سبيل امثالها سرفيتوس ، وهنا تطابق عجيب بينهما ، فانهما كليهما وصفا الدورة الدموية في معرض بحث ديني وارتكبا الاخطاء نفسها في التعبير ذاته

في المخطوطة التي بايدينا « شرح تشريح القانون لابن سينا » يصف ابن نفيس بوضوح الدورة الرئوية مرات عديدة . وما يلي بعض المقاطع التي يصفها فيها .

« ... ان قصدنا الآن ايراد ما تيسر لنا من المباحث على كلام الشيخ الرئيس ابي علي الحسين بن عبدالله بن سينا في التشريح من جملة كتاب القانون وذلك بان جمعنا ما قاله في الكتاب الاول من كتب القانون الى ما قاله في الكتاب الثالث من هذه الكتب وذلك ليكون الكلام في التشريح جميعه منظوماً . وقد صدنا عن مباشرة التشريح وازع الشريعة وما في اخلاقنا من الرحمة . فلذلك رأينا ان نعتمد في تعرف صور الاعضاء الباطنة على كلام من تقدمنا من المباشرين لهذا الامر خاصة الفاضل جالينوس اذ كانت كتبه اجود الكتب التي وصلت الينا في هذا الفن . . . لذلك جعلنا اكثر اعتمادنا في تعرف صور الاعضاء الباطنة واوضاعها على قوله الا في اشياء يسيرة ظننا انها من اغاليط النساخ او اخباره عنها لم يكن من بعد تحقق المشاهدة فيها .

واما منافع هذه الاعضاء فانما نعتمد في تعريفها على ما يقتضيه النظر

المحقق والبحث المستقيم وما علينا وافق ذلك رأي من تقدمنا او خالفه . ثم رأينا ان نبدأ قبل الكلام في التشريح بتحرير مقدمة تمين على العلم بهذا الفن . وهذه المقدمة تشتمل على خمسة مباحث . المبحث الاول في اختلاف الحيوانات في الاعضاء . . (١)

يخالف ابن نفيس عندما يصف الاوعية الرئوية وبنيتها جالينوس وسابقيه في سبب الفرق بين بناء هذه الاوعية وغيرها عن اوعية الاقسام الاخرى من الجسد فيقول ما خلاصته :

نقول والله اعلم . . . بما ان احدى وظائف القلب ايجاد الروح من الدم الرقيق الممتزج بالهواء ، وبما ان الروح تخلق في الحفرة اليسرى من حفرتي القلب ، لذلك من الضروري ان يوجد جوف آخر يترقق فيه الدم ليصلح للامتزاج بالهواء لانه لو مزج الهواء بالدم وهو كثيف ، لما تكون خليط متجانس . هذا الجوف الذي يترقق فيه الدم هو الحفرة اليمنى من حفرتي القلب . واذا ما ترقق الدم هنا يجب بالضرورة ان يمر الى الحفرة اليسرى حيث تخلق الروح ولكن بين هاتين الحفرتين لا يوجد ممر لان هذا القسم من القلب مغلق ولا يحتوي على فتحة ظاهرة كما اعتقد جالينوس ، فسام القلب هناك مسدودة وجسمه ثخين . ولاشك ان الدم بعد ان يترقق يدخل الوريد الشرياني ويمر الى الرئة حيث يتخلل مادته الهواء

(١) نقلناها حرفياً عن الصورة الزنكغرافية

ويمتزج به ، فالقسم المرقق منه يتصفى ويدخل الشريان الوريدي ليصل الحفرة اليسرى من القلب بعد ان يكون قد امتزج بالهواء واصبح صالحاً لخلق الروح ، وما تبقى من هذا الخليط ، وهو اقل سيولة ، تستعمله الرئة في غذائها الخاص هذا هو سبب كون جدران الوريد الشرياني ثخينة ومؤلفة من طبقتين حتى يكون ما يمر من مسامه رقيقاً جداً ، والشريان الوريدي رقيق ومؤلف من طبقة واحدة . (١)

ولدى وصف تشريح الرئة يقول ابن نفيس :

تتألف الرئة من اقسام احدها القصبة والثاني شعب الشريان الوريدي والثالث شعب الوريد الشرياني . وتتصل هذه الاقسام بلحم مسترخ ذي مسام .

وتحتاج الرئة الى الوريد الشرياني لينقل اليها الدم الذي ترقق وتسخن في القلب ، بحيث ان ما يمر بمسام شعب هذا الوعاء الى الحويصلات الرئوية يمتزج بما فيها من الهواء ويتحد به ، والمزيج الناتج يصير صالحاً ليكون روحاً عندما يحل في الحفرة اليسرى من القلب . وينقل الشريان الوريدي المزيج الى الحفرة اليسرى ، وما تبقى من الدم في شعب الوريد الشرياني يكون اكثف من الدم الذي يمر من مسامه واكثر إماهة ويمر الى جسم الرئة حيث يقوم بتغذيتها .

(١) هذه وما سيأتي بعدها مترجمة عن الانكليزية لاننا لم نستطع قراءة صورتها الزنكغرافية

فالوريد الشرياني يأتي بالغذاء الى الرئة ويحمل الدم الرقيق الصالح ليصير روحاً عند ما يمتزج بالهواء. امـا عمل الشريان الوريدي فهو حمل الهواء الممزوج بالدم الرقيق الى الحفرة اليسرى من حفرتي القلب ليصبح روحاً، وله عمل آخر وهو حمل ما تبقى في هذه الحفرة من المزيج الذي لم يصلح لخلق الروح وما تبقى من الهواء فيها ممـا ازدادت حرارته ولم يستعمل. كلاهما يخرج من الحفرة ليترك فراغاً لما يأتي بعدئذ من الهواء وحده او من الهواء الممزوج بالدم المرقق، وهكـذا يرجع هذا الوعاء هذه العناصر الى الرئة لطرحها مع الزفير

وعندما يصف ابن نفيس تشريح القلب ووظيفته يقول:

وظيفة القلب. كما اظهرنا، هي اولاً خلق الروح الحيوانية وتوزيعها على الاعضاء لاحيائها ويتم هذا الخلق بتسخين الدم وترقيقه حتى انه عند ما يمتزج بالهواء في الرئة يصبح صالحاً لانتـاج روح حيوانية.... فلتغذية الروح الـكائنة في القلب من الضروري ان يخفف الدم في القلب وان يرقق قوامه، عندها يمر الى الرئة ويمتزج بما فيها من هواء ويطهى فيها حتى يعدل ويصلح لتغذية الروح وبعدها يمر الى الروح الـكائنة في القلب ويمتزج بها ويغذيها. فالقلب يجب بالضرورة ان يكون له حفرة لضم الدم وترقيقه وحفرة اخرى لإيواء الروح، ومن الحفرة الاخيرة تمر الروح الى الاعضاء المختلفة. ويجب بالضرورة ان تكون حفرة الدم قرب الكبد حيث يصنع الدم، وبما ان الـكبد في الجانب الايمن من الجسد فحفرة الدم تـكون

في جانب القلب الايمن ، وحفرة الروح في الجانب الأيسر . فعبارة ابن سينا ان للقلب ثلاثة بطينات غير صحيحة لان للقلب بطينين فقط واحد ممتلىء دماً في الجانب الايمن فآخر ممتلىء روحاً في الجانب الايسر وبينهما لا يوجد فتحة قط ، ولو وجدت لمرّ الدم الى مقر الروح ولا فسد جوهرها ، والتسليخ يظهر كذب ما قالوه ، فان الحجاب بين الحفرتين اثخن من بقية اقسام القلب ويتم ذلك خوفاً من مرور بعض الدم او الروح وضياعهما ....

وعبارة ابن سينا ايضاً « ان الدم في جانب القلب الايمن يغذي القلب » غير صحيحة لان القلب يتغذى بالدم الآتي في الاوعية التي تنفذ جسمه ..... وفائدة هذا الدم (في الحفرة اليمنى) انه يترقق ويخفف ثم يصعد الى الرئة حيث يمتزج بما فيها من هواء ثم يدخل الشريان الوريدي ويصل الى الحفرة اليسرى من حفرتي القلب ، ومن هذا المزيج تخلق الروح الحيوانية

الخلاصة

مما تقدم من وصف ابن نفيس للدورة الرئوية ومن درس تاريخ حياته وكتبه بامعان نستطيع ان نخرج بالخلاصة الآتية :

١ — ينصح بدرس التشريح المتقابل ليستعان به على فهم تشريح الانسان

٢ — في مناسبات عديدة يشير الى انه قام بالتسليخ الذي كان نادراً بين الاطباء المسلمين ، رغم انه ينكر ذلك في مقدمته

٣ — لم يكن مقلداً تقليداً اعمى . بل له اعتقاداته الخاصة وبعد مشاهدات

جديةوتدوين ما شاهد يذكرمعتقداته ضارباً صفحاً عن اقوال الثقات المقبولة.

٤- يصنف الانسان كحيوان يتنفس الهواء

٥- يستعمل المنطق حيث المشاهدات لا تكفي .

٦- يعلن ان الدم يتهوى في الرئة ويصف وصفاً تاماً الحويصلة الرئوية

٧- يذكر ان القلب تغذيه اوعيته الخاصة

٨- يصف الدورة الرئوية وصفاً جلياً ومحدداً ويعيد الوصف اكثر من خمس مرات

٩- ثلاث مخطوطات تظهر بجلاء ان ابن نفيس ، وهو طبيب عربي كبير ، يصف الدورة الرئوية وصفاً مدرسياً في القرن الثالث عشر

المراجع

ابن السبكي — طبقات السبكي
محمد الباقر — روضة الجنات
تاش كوبري زاده — مفتاح السعادة
السيوطي — حسن المحاضرة
الحنبلي — شذرات الصحاب
الحاج خليفة — كشف الظنون
يوسف الياس سركيس — مجمل المطبوعات

Leclerc L. : Médecine Arabe
Brockelmann C. : Geschicte der Arabichen Litteratur
Sarton, George : Introduction to the History of Science
Wustenfeld, F. : Arabiche Aertze
Foster, Sir Michael : Lectures on the History of Physiology
Hemmeter : Master Minds in Medicine

عباس المجوسي — كامل الصناعة
المجاز — مطبوع ومخطوط
قانون ابن سينا — طبعة بولاق
ابن نفيس — شرح تشريح القانون (مخطوطة دمشق)
ابن نفيس — شرح تشريح القانون (مخطوطة خاصة)

مطبوعات حديثة

مجلة الجمعية الطبية اللبنانية

رئيس انشائها الدكتور اسبيريدون ابو الزوس وزير المعارف والصحة في
الجمهورية اللبنانية سابقاً ومدير ادارتها الدكتور حنا كيوان

وصلنا الجزء الاول من هذه المجلة فسررنا به وكيف لا نسرّ ونحن نرى زملاءنا اللبنانيين بعد ان انقطعوا في سنواتهم الماضية الى ممارسة مهنتهم يمتشقون القلم لتدوين مشاهداتهم ونشرها في البلاد العربية ، كان جراحوهم يكتفون بمباضعهم يشفون بها ادواء المرضى الجراحية فاذا بهم يمسكون اقلامهم لينشروا بها ما انطوت عليه عقولهم من علم وخبرة ، وكان اطباؤهم يكتفون بالانكباب على صدور المرضى منصتين الى رئاتهم وقلوبهم واذا بهم يصغون الى الادواء الاجتماعية فيعالجونها بشفار اقلامهم ، انها لنهضة مباركة هـذه النهضة التي ينهضها اطباء بيروت انها لنهضة كنا نتوق اليها منذ زمن طويل ونرقب طلعتها البهية منذ أمد مديد واذا بها الآن تتبلج في عاصمة العلم ولؤلؤة الشرق الادنى فأهلاً بمجلتكم ايها الزملاء الكرام ومرحباً بهذه الزميلة التي جاءت لنا عونا في هذا الكفاح الشاق المضني .

كانت الصحافة الطبية العربية في بيروت اثراً بعد عين بعد ان احتجب « طبيب البارودي » و « مجلة الكلية » ولو لم ينهض زميل نشيط وينشىء « مجلته الطبية العلمية » لكانت بيروت مدينة العلم والنور بكماء لا يسمع

صوت لاطبائها العلماء الاعلام ولكن تلك المجلة على الرغم من انتشارها واتقانها لا تمثل اطباء بيروت كافة بعد ان انشطروا شطرين فحق للفئة الثانية ان تنشىء مجلة جديدة تبعث فيها بصوتها العلمي فتتناقل اصداءه البلاد العربية

قد يقول قائل وما حاجة البلاد الى مجلات طبية عربية والمجلات الاجنبية تتدفق علينا تدفق السيل المنهمر فاجيب هذا القائل وما حاجة البلاد الى قوميتها والممالك الاجنبية تتسابق في ضمنا اليها فاذا كنا نرغب في ان تكون لنا قومية خاصة وجب ان تكون لنا لغة خاصة وثقافة خاصة واللغة هي اساس القومية فلا الدين ولا الطائفية ولا المذاهب تصلح لان تكون اساساً للقومية . وكيف تحيا لغة لا يسيل في عروقها نسغ العلم والعلم افضل عنصر في حياة اللغات والاقوام .

فالصحافة الطبية واجبة لترقية اللغة الطبية وتعويد الاطباء النطق بها في مؤتمراتهم والكتابة بها في نشر مشاهداتهم وآرائهم والا اكتسحتنا اللغات الاجنبية واكتسحت معها قوميتنا التي نسعى الى توطيدها بكل ما فينا من قوة .

غير ان الصحافة لا ترقى الا اذا اقبل الشعب عليها والصحافة الطبية لا تعيش الا اذا آزرها الاطباء بعلمهم ومالهم ، اشتراكهم بها . واني اقول والاسف ملء قلبي ، ان هذه العاطفة لم تزدهر حتى الآن في اطباء العرب ولعلها لن تزدهر ايضاً فان اطباء لبنان يعدون بالمئات ، لبنان الذي كان معقل اللغة العربية واكبر ذائد عن حياضها حتى في العهد التركي الغابر لم يشترك من ابنائه طبيب واحد بمجلة طبية عربية فريدة تصدرها دمشق لا بل

اذهب في تشاؤمي الى ابعد من هذا الحد فاقول انني اهديت الى احد اطباء الجامعة الاميركية في بيروت هذه المجلة فاذا بالبريد يعيدها اليّ بعد بضعة ايام وقد كتب عليها « تعاد مع الشكر » واظن ان الزميل اللطيف لم ينتبه لكلمة « هدية » التي كتبتها على احدى زوايا الغلاف او انه اراد رفض الهدية ايضاً وهذا منتهى الغرابة .

فاذا كان اطباء لبنان سيقابلون مجلتهم مقابلتهم لمجلتنا الدمشقية فما الفائدة من انشاء المجلات ؟ اما نحن فاننا نرغب الى اطبائنا السوريين ان يكونوا ابشّ وجهاً للزميلة اللبنانية الجديدة والا يعاملوا كما عوملوا .

طالعت الجزء الاول من هذه المجلة فاستوقفني في التمهيد الذي صدرت به جملة حاولت هضمها فلم استطع وهي « اما لغتها فنصرح منذ الآن اننا سندرج فيها على قول القائل : خطأ مشهور خير من صواب مهجور » ذلك لان هذا المبدأ لا تقره فلسفة ولا علم ولا حقوق اللغة نفسها فاذا جاز لمتطفل على موائد الادب والعلم ان يتخذ هذا المبدأ خطة له يسير عليها فلا يجوز لمن كانوا قادة العقول ورؤساء الامة ان يكون الخطأ المشهور رائدهم بل عليهم ان ينتزعوا من لغة الطب ، وهم من امرائه ، ما فيها من الاشواك او الاخطاء ويعيدوها لغة نقية طاهرة لا شائبة فيها .

لست انكر ان الحاجة قد تضطر الطبيب الى تعريب مصطلح طبي لا يرى له في لغته كلمة موافقة ولكن هذا لا يعني ان اللغة نفسها عاجزة عن وضع هذا المصطلح وهي الغنية باشتقاقاتها واوزانها .

اننا نجهل حتى الآن طرق الاستفادة من هذه اللغة العزيزة ولو اننا

جرينا في عملنا على خطط السلف لتمكنا من اشتقاق كلمات تظهر لنا للوهلة الاولى امنع من عقاب الجو . واني اورد على سبيل المثال كلمة واحدة .

فان في اللغة الفرنسية كلمة (uriner) وفي العربية الفعل « بال » فكما انهم اشتقوا كلمات عديدة منها للتعبير عن معان جمة يحق لنا نحن ، ولو خلت معاجمنا مما سنذكر ، ان نشتق كلمات جرياً على القواعد العربية للتعبير عن تلك المعاني . انهم قالوا « pollakiurie » فلماذا لا نقول « البُوَّال » ووزن فُعال يدل على الكثرة فكأننا نقول ان المريض يبول مرات كثيرة . وقالوا «polyurie» فلماذا لا نقول « بُوالة » لان وزن فُعَال اذا كسع بهاء التخصيص نقص معناه الاول فهي تبعّض الاسم الذي تذيله فكأننا نقول ان عدد البيلات قد نقص ولكن البول لا يزال كثيراً ولهذا استعملنا له وزن فعال المكسوع بالهاء . وقالوا «urologue» فلماذا لا نقول « ابوالي » نسبة الى الجمع كما نقول«اعصابي» «neurologiste» و «احيائي» «biologiste» وكما قال العرب السكاكيني والدواليبي والكواكبي والخ . .وقالوا «miction» فخرجوا فيها عن اصل الفعل في لغتهم اما نحن فنستطيع البقاء ونقول « بيلة » ونجمعها على «بيلات» ، وقالوا «oligurie» فلماذا لا نقول «التبويل» ووزن تفعيل يفيد التقليل،وقالوا « anurie » فلماذا لا نقول « إبالة »من أبال ووزن أفعل قد يفيد الامتناع مثال على ذلك شفاه الله من مرضه اي ابرأه واذهب مرضه فاذا استعملت وزن أفعل وقلت اشفاه أفدت امتناع الشفاء ومنه قول الشيخ عمر الفارض :

ولو طرحوا في فيء حائط كرمها عليلًا وقد أشفى لفارقه السقم

فكأنك تعني بالابالة امتناع البول وهذا هو المعنى المراد .

ولست ارى حاجة الى سرد جميع اشتقاقات بال ولا ما يقابلها بالفرنسية غير انني اوردت هذا المثال لأبين ان اللغة العربية بما فيها من الاشتقاقات وبما لاشتقاقاتها من المعاني المختلفة تستطيع التعبير عن المصطلحات الاجنبية بسهولة لا تجاريها فيها اللغات الاعجمية الا بالمزج وكم من تركيب اعجمي مؤلف من عدة كلمات تستطيع العربية توفية معناه بكلمة واحدة

فاذا قلت ان خطة المجلة « خطأ مشهور خير من صواب مهجور » خطة لا يصحّ اتباعها كان لي عذري وانني لأرجو ان يقلع عنها زملاؤنا البيروتيون الذين يتولون انشاء المجلة وادارتها وهم من حماة العربية ومن ابرع كتبتها فلا يقولون « الاختصاصي بالامراض العصبية » بل « الاعصابي » ولا « الكلينيكية » هذه اللفظة المستهجنة الثقيلة التي عربوها جرياً على خطة المصريين بل « السريرية » وهي كلمة عربية لطيفة ولا يقولون « هيستولوجيا » بل « نسيجيا » ولا « زهرية » وهي ترجمة « vénériennes » من الزهرة (Vénus) بل « افرنجية » وهي ترجمة « syphilitique » ولا يقولون البيلورية وهم لو قالوا « الجنبية » لأراحونا من تلك الكلمة الاعجمية الثقيلة واننا نرغب اليهم ان يؤنثوا « الضلع » عوضاً عن ان يذكروها وان يستعملوا « المنضدة » عوضاً عن « الطاولة » وان يقولوا « محقنة برافاس » عوضاً عن « حقنة » و « النزف » عوضاً عن « النزيف » وهو الشخص الذي ينزف دمه و « فقر دم » عوضاً عن « انيميا » و « تكهب » عوضاً عن « سرّوز » الاعجمية من الكهبة وهي الغبرة المشربة سواداً والكلمة الاعجمية مركبة كما لا يخفى من « kirros » وهي « roue »

اي « الكُهبة » وان يستعملوا عوضاً عن « الكساح » وقد عنوا به « rachitisme » « الخَرَع » لان الكساح او الكساحة زمانة في اليدين والرجلين فهي ترجمة «paraplégie» بعينها وان يقولوا « مجهرياً وجُرثومياً » عوضاً عن «مكروسكوبياً وبكتيريوليجياً » و « الشعرية المتسلسلة » عوضاً عن «الستربتو ترُكس» و « الكريات الحمر والبيض » عوضاً عن الكريات الحمراء والبيضاء لان وزن افعل اذا دلَّ على لون او حلية جمع على فُعل فتقول الليالي السود لا السوداء .

اننا لا نرمي في ما كتبناه عن لغة المجلة العلمية الا الى غاية واحدة وهي ان تعتني المجلة اعتناء خاصاً باللغة الطبية ولم ننقد ما جاء في المجلة من الاخطاء اللغوية والصرفية لاننا لا نريد ان نضع نفسنا في مصاف اللغويين ولان غايتنا تنقية اللغة الطبية فقط وانا لنرجو ان تحمل كلمتنا هذه محمل الغيرة على اللغة والرغبة في الذود عن حياضها لا ان تحمل محملًا آخر نحن براء منه وزملاؤنا البيروتيون يعلمون ما نكنه لهم من الاخلاص والمودة فنحن نقر ونعترف ان السواد الاعظم منهم يحسنون الكتابة باللغة العربيـة فاذا شاؤا ان تكون لغتهم نقية كهواء جبلهم الاشم الذي يستنشقونه وتراكيبهم عذبـة كماء ينابيعهم الصافي الذي ينقعون به ظمأهم لكان لهم ما يرغبون فيه .

اما موضوعات المجلة فهي من اجل الابحاث واكبرها فائدة للمطالع عن داء بركينسون وقطع الالتصاقات الجنبية والداء الفطري الطحالي وغير ذلك .

وقد زينت المجلة برسوم عديدة فازدادت رونقاً وبهاء وفائدة وطبعت

طبعاً حسناً وعلى ورق صقيل

فهي مجلة من ارقى المجلات العربية اتقاناً ولغةً وعلماً فاذا لم تزدهر وتنتشر فما الذنب ذنب من تولوا ادارتها وشؤونها وهم من كبار الجراحين والاطباء والاختصاصيين بل الذنب ذنب البيئة التي نبتت فيها فاماتتها بجفافها وسؤ تربتها .

اننا نتمنى في الختام كما في البدء للزميلة الجديدة رواجاً وانتشاراً ونحث اطباءنا في مختلف الاقطار السورية على الاشتراك بها ومؤازرتها ليبرهنوا للعالم ان قلوبهم وعقولهم عربية كالسنتهم .

الدكتور

مرشد خاطر

❀ ❀ ❀

الجزء ١٠ المجلد ١١

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣٧ م الموافق لذي الحجة سنة ١٣٥٦ هـ

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلثا ٩ اذار سنة ١٩٣٧

تليت فيها التقارير التالية :

١ - معالجة البرداء بذيفان المصورات (بلاسموديوم) للعليم يوسف عرقتنجي :

يعتقد المؤلف ان للمصورات الدموية ذيفانات كما للجراثيم وان الحقن بهذا الذيفان الذي لا يزال جارياً في الدم بعد زوال الحمى او بعبارة اخرى ان الحقن بالدم او بمصله فقط يدعو البدن الى تكوين ترياق (anti toxine) يؤذي المصورات الدموية في الطحال ويشفي الداء . وقد اجرى اختباراً واسعاً في قرية الغزلانية حيث البرداء متفشية على مائة مريض فكان يجمع من دم المريض بعد زوال حماه ١٠ سم٣ ويحقنه بها تحت الجلد ويكرر هذا العمل اربع مرات بفاصلة ٣ - ٥ ايام فكانت النتيجة ان

وقفت النوب في ٨٠ ./. منهم بعد الحقنة الثالثة ولم تعاودهم خلال سبعة اشهر وانها انقطعت في العشرين الآخرين بعد الحقنة الرابعة ولكن الحمى عاودتهم بعد انقضاء عشرين يوماً على الحقنة الاخيرة . ويشير المؤلف الى خيبة هذه الطريقة في الحمى المتواصلة

المناقشة : العلماء : حسني سبح ، اسعد الحكيم ، يوسف عرقتنجي

٢ — حادث رثية سيلانية شفيت بالمصل المضاد المكورات السحائية للعليمين

حسني سبح وجمال الفحام : مريضة اعترتها آلام في مفاصل عديدة وانتبجت مفاصلها وارتفعت حرارتها فشخص داؤها رثية مفصلية حادة وعولجت بالصفصافات فلم تحسن حالتها ثم بدت خراجة صغيرة قرب معصمها الايمن فكشفت في صديده المكورات البنية (غونو كوك) وعوين سائل مهبلها بعد الطمث فبدت فيه المكورات البنية ايضاً فعولجت باللقاح المضاد للمكورات البنية فتحسنت الحالة تحسناً طفيفاً وبما ان المصل المضاد المكورات البنية كان مفقوداً عولجت المريضة بالمصل المضاد للمكورات السحائيـة فتمّ شفاؤها .

المناقشة : العليمان ماتر روبار، حسني سبح .

٣ — حادث التهاب الصفاق الحوضي الناتج عن البزر الصناعي للعليم عبدالغني

المحلجي : امرأة اجري لها بزر صناعي في ١٦ تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ فاصيبت في الثامن عشر منه بآلام بطن وقيء وارتفعت حرارتهـا واسرع نبضها (١١٠) ونزفت رحمها يوماً واحد ثم استقرت الآلام في الناحية الخثلية وبدا تعجن فيها وانتباج في الرتج الخلفي وزحير مثاني شرجي ولم تكن مصابة

قبل البزر بالتهاب رحمي او سيلان فظهور هذه الاعراض لا تستطاع نسبتها الى سوى البزر

المناقشة : العلماء شارل ، شوكت القنواتي ، عبد الغني المحملجي

٤ً — حادثتا حصاة انفية للعليم احمد ياسين المجه : الحادثة الاولى في امرأة عمرها اربعون سنة كانت تشكو ألماً ونتناً في انفها وقد بدا جسم غريب فيه حين معاينته بالمنظار فاستخرج هذا الجسم قطعاً ولم يكن الا حصاة والحادثة الثانية في ابنة عمرها تسع سنوات كانت تشكو سيلاناً انفياً قيحياً في الجهة اليمنى وعسر تنفس فكشفت حصاة فيه واستخرجت قطعة واحدة .

المناقشة: العليم انستاس شاهين .

٥ً — التهاب العصب البصري خلف المقلة في عقب رض للعليم ممدوح الصباغ : مريض كان يشكو ادرهماماً في رؤية العين اليمنى وحجاباً امامها وآلاماً حجاجية ورأسية في عقب رض اصاب حافته الحجاجية العلوية الامامية منذ شهرين حيث بدا تورم جلي صلب مؤلم بالجس فبعد ان نفى المقرر جميع الاسباب المحدثة لالتهاب العصب البصري استقر رأيه على الرض فلم يعالج المريض الا معالجة ملطفة فعادت رؤيته طبيعية فهو ينسب التهاب عصبه البصري الى الرض .

وبعد الانتهاء من تلاوة التقارير العلمية قرىء تقرير اللجنة التي الفتها الجمعية في الجلسة السابقة وعهدت اليها بدرس طلبات الاطباء السادة احمد ياسين المجه واسماعيل الاسطه وممدوح الصباغ بشأن انتسابهم الى الجمعية فجاء موافقاً واقرته الجمعية بالاجماع .

م . خ .

١ ـ معالجة البرداء بذيفان المصورات

(Essai de toxino - thérapie antipaludique)

للعليم يوسف عرقتنجي مدير الصحة والاسعاف العام

قدمت لجمعيتكم الموقرة في السنة ١٩٣٥ تقريراً عن التبدلات الجوية في غوطة دمشق وعن انتشار البرداء في تلك البقعة من سورية وبيّنت ملاحظات واحصاءات عن سني ١٩٣١ و ١٩٣٢ و ١٩٣٣ و ١٩٣٥ وما زلنا منذ ذلك التاريخ نعمل للتوصل الى معرفة طريقة لمعالجة هذا الداء المستوطن في الغوطة منذ العهد الروماني على ان تكون قليلة النفقات وليست كطريقة الكينا الواقية والشافية التي تثقل ميزانيات الصحة العامة .

ان المتخصصين بالبرداء لم يتمكنوا حتى الآن من زرع المصورات (البلاسمودبوم) في انابيب التجربة . وان اختبارات زيهمن وماك ليلن وفانسن (Zihman ,Mac Lellan, Vincent) على الرغم من بعض النتائج التي اقتبست منها لا قيمة لها من الوجهة العملية ومهما يكن فانها لم تثبت وجود ذيفان بردائي . ومن جهة ثانية فان عوارض البرداء السريرية كافة لا تستطاع نسبتها الى انفراغ الحيوينات الدموية في الدوران وتخريبها للكريات الحمر . واننا نعتقد ان سماً او ذيفاناً بردائياً لم تعين ماهيته حتى الآن سبب هذه العوارض التي ترافق او تتبع نوب الحمى فاذا عددنا جسم المصاب بالبرداء المزمنة تنوراً (اتنوف) درجة حرارته ٣٧ وعروقه

الدموية انابيب زرع فيها وسط ملائم لنموّ المصورات فان الذيفان المفترض كان لا بد منه في هذه الانابيب الدموية . واذا اخذنا من هذه الانابيب كمية من الدم في هجمة الحمى اي بعد مضي يوم او يومين على النوبة في الحمى الثلث كان في الدم المجموع ذلك الذيفان الذي نفترضه فاذا حقنا به لحمة الشخص نفسه الذي اخذ منه الدم دعا هذا الحقن البدن كما هو الحال في الحمى التيفية الى تكوين ترياق (anti toxine) يؤذي ما في الطحال من الحيوينات الدموية . وليس هذا الفعل نتيجة الاستدماء الذاتي (autohémothérapie) بل نتيجة الاستلقاح (vaccinothérapie) لان الحقن تمّ تحت الجلد وليس في العضلات .

ان قرية الغزلانية ، وعدد سكانها سبعماية نسمة ، الواقعة في الجنوب الشرقي من دمشق والبعيدة عنها زهاء ثلاثين كيلومتراً معروفة بسوء مناخها وفقرها حتى ان سكانها جميعهم مصابون بالبرداء والمستنقع الدائم الذي تبلغ مساحته ٢٠٠ متر مربع وعمقه بين المتر والمترين هو سبب هذا الداء وقد غطى ضرب من الحشائش الغديرية (lemna) بعض اقسامه واثبت الفحص الطفيلي المجرى في ١ تموز ١٩٣٦ أنّ فيه بيوض الذباب الفضّاح (libellule) والديدان الحمر العادية وهبيّات (nymphes) البعوض الاعتيادي (culex) والبعوض الخبيث (anophèles)

كنا في اشهر تموز وآب وايلول من السنة ١٩٣٦ نذهب مرة في اليومين الى هذه القرية وقد بدأنا اختبارنا بالمختار المصاب بالبرداء وطحاله ضخم كسائر سكان القرية واستعملنا الطريقة التي سنأتي على ذكرها

اننا لم نضطر الى تحري الطوائف الدموية لاننا كنا متأكدين ان تلقيح المصاب في لحمته (تحت جلده) كافٍ وقد فكرنا ان نجرب في المستقبل وقاية الاصحاء بحقنهم بذيفان المرضى واستعملنا في الرضّع والاطفال لصعوبة جمع الدم من اوردتهم دماء امهاتهم المصابات كاولادهن بالبرداء وكان يكشف فحص دم المصابين الذين كانوا يأتوننا والحمى لا تزال عليهم المصورات النشيطة (pl. vivax) في الغالب ونادراً المصورات المنجلية(pl.falciparum) وكان معدل خضاب الدم (hémoglobine) في دماء المرضى العديدين الذين عايناهم يتراوح بين ٥٥ — ٦٥ في المائة

ان الوقت لا يتفسح لسرد مشاهدات مرضانا مفصلة ولهذا فانا اضرب صفحاً عنها واكتفي ببيان الطريقة التي اتبعناها والنتائج التي حصلنا عليها .

اننا عالجنا مرضانا وهم في هجمة الحمى وجميعهم مصابون بالبرداء المزمنة اي انهم كانوا قد اصيبوا بعدة نوب بردائية ، بطريقة الحقن بالذيفان فقط ولم نستعمل معها طريقة اخرى فكنا نجمع في محقنة سعتها ١٠ سم٣ معقمة باغلائها في محلول ليمونات الصوده ١٠ سم٣ من دم كل مصاب ونحقن لحمة ذراعه بها ونعيد هذه العملية اربع مرات بفاصلة تتراوح بين ثلاثة وخمسة ايام

ان ثمانين في المائة من المعالجين بهذه الطريقة كانت تنقطع نوبهم في عقب الحقنة الثالثة انقطاعاً باتاً مع انها كانت تتنابهم قبلًا ثلاثية منتظمة وقد روقب هؤلاء الثمانون حتى ١٨ شباط ١٩٣٧ اي خلال سبعة اشهر فلم تعاودهم الحمى ثانية بل كانوا يتمتعون بصحة جيدة .

واما العشرون الآخرون فخمسة عشر منهم انقطعت نوبهم بعد الحقنة

الرابعة ثم عاودتهم خفيفة بعد مرور زهاء عشرين يوماً على تاريخ الحقنة الاخيرة. والخمسة الآخرون كانوا مصابين بنوب حمى متواصلة فلم يجنوا افـل فائدة من هـذه الطريقة وقد اضطررنا وقفاً لحماهم الى معالجتهم بحقن عضلاتهم بالكينا .

* * *

المناقشة : العليم حسني سبح — انني اسأل حضرة الزميل اولاً عما اذا كانت حاجة الى البحث في الفئات الدموية في الاستدماء الذاتي (autohémo thé - ropie) او الاستمصال الذاتي (auto sérothérapie) ثانياً عما اذا كان قد تحقق المصورات الوبالية (pl . malariæ) في دماء مرضاه فان هذا النوع من الطفيليات لم يشاهد قط في دمشق . وقد شوهد في شمالي افريقية فقط

اما الذيفان البرداني فتؤيده بعض الحالات : التهاب الاعصاب العديدة وغيره من الاختلاطات البردائية واما الترياق فيصعب الاقرار به وان ما ذكره الزميل عن غيبة النوب في مرضاه لا يحق لنا ان نسلّم بكونه شفاء لان كثيراً من حوادث البرداء المزمنة يحسن عفواً حتى اننا قد شاهدنا انقطاع النوب في الكحوليين بتأثير الكحول فقط ومعاودة النوب حتى الخبيثة والمميتة منها بعد قطع الكحول ولعل انقطاع النوب في هولاء المرضى قد نجم عن الاستدماء او الاستمصال الذي عولج به المصابون فهو يحدث صدمة تزعزع دم خفيفة تقف النوب بسببها

واذا نظرنا الى الابحاث التي اجراها الاطباء الايطاليون وفي طليعتهم اسكولي (Ascoli) عن فائدة حقن الوريد بالادرنالين في معالجة البرداء

والحمى السوداء استنتجنا ان ما يفعله الادرنالين يفعله الاستدماء في هذه الطريقة فقد بدأ الايطاليون بحقن الادرنالين بغية تقليص الطحال وقذفه بما فيه من المصورات الى الدم واتلاف هذه الطفيليات باشراك الكينين مع الادرنالين ثم اكتفوا بالادرنالين الوريدي وحده فكانت النتائج باهرة حتى ان النوب الخبيثة كانت تشفى به وحده وقد بدأوا بـ $\frac{١}{١٠٠,٠٠٠}$ من الميلغرام ثم رفعوه الى $\frac{١}{٩٠,٠٠٠}$ فالى $\frac{١}{٢٠,٠٠٠}$ في البرداء المزمنة . وفي البرداء الحادة تكفي حقنة واحدة لشفاء المريض

وعليه فانني ارى ان اعادة النظر في هذه المشاهدات واجبة للبحث عن المصورات الدموية في الدم والطحال قبل القول بان الاستدماء الذاتي قد أفضى الى الشفاء الذي قد يكون موقتاً وناجماً عن نوبة تزعزع الدم ليس غير . ولينظر في حال الكريات الحمر وعددها بعد المداواة لان المداواة الادرنالينية قد علات بتنشيطها الاعضاء المولدة للدم وتثبيطها فعل الطحال عن اذابة الكريات الحمر .

العليم اسعد الحكيم : لا اظن ان الصدمة التي تنجم عن الاستدماء كافية لوقف النوب فكثيراً ما احقن مرضاي بمستحضرات الكبريت التي تحدث الصدمة ولا تقف نوب البرداء . اما الاستدماء الذاتي الذي ذكره الزميل فقد جربته في مرضى اصيبوا بالبرداء وهم في المستشفى فلم يستفيدوا منه ذلك لان حماهم كانت حادة كما ذكر زميلنا .

العليم يوسف عرقتنجي : لا انكر ان هذا البحث لا يزال في مهده وانه يستدعي تدقيقاً ودرساً مقبلين ولكننا شئنا ان نطلعكم عليه قبل نضجه لكي

يكون لنا حق الابتكار بعد ان عرفنا انمؤسسة روكفلر تعني بابحاث البرداء وطريقتنا في الحالة الحادةلا تفيد كما ذكرنا لان الدم يكون خالياً من الذيفانات واستعمالها في الحالات المزمنة واجب اذا رغب في اجتناء نتيجة منها .

٢ ــ حادثة رثية سيلانية عولجت بالمصل

المضاد للمكورات السحائية

(Un cas de rhumatisme blennorragique traité par le sérum anti méningococcique

للعليمين حسني سبح و جمال الفحام

استشفت المرأة م . ط . البالغة من العمر ٣٥ سنة ، في ٢٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ في قاعة ابن سينا لآلام مفصلية منتشرة .

وقد بدأ مرضها منذ اسبوعين ، اذ شعرت في احدى الليالي بنافض فارتفاع حرارة فظهور اندفاع جلدي حصبي الشكل ، بحسب افادة العليلة ، مع آلام مفصلية عامة وعرق غزير . ثم زال الاندفاع بعد يومين غير ان الحمى والآلام المفصلية لازمتها على الرغم مما وصفه لها الاطباء الذين استشارتهم قبل دخولها المستشفى العام .

افادت حين دخولها ان آلاماً مفصلية متنقلة اعترتها وانها بدأت في مفصل عنق القدم اليمنى ، ثم امتدت الى عنق القدم اليسرى فالى المرفقين فالى المعصمين . وان المفاصل المؤوفة انتبجت انتباجاً صريحاً وسخنت وان الحمى كانت تتبدل بين ٣٧،٧ و ٣٨،٦ . وان النبض كان ٩٠ في الدقيقة .

وليس في سوابق العليلة الشخصية ما يستحق بالذكر ، فهي امرأة قد تزوجت مرتين ، وظلت مع زوجها الاول ١٦ سنة . ومع الثاني سنة واحدة ولم ترزق اولاداً من كليهما . وليس في سوابقها الارثية ما يستدعي الانتباه .

ولم نكشف في معاينة اعضائها امراً ذا بال ، الا خفوتاً في الدقة الاولى الا كليلية . ولم تكن حال الانبوب الهضمي حسنة ، فقد ظهر فيه ما ينم على الانسام . ونفت التفسرة كل اثر للاحين والسكر . وارتكاس واسرمان في الدم سلبي . وعدد الكريات الحمر ٤،٨٠٠٠٠٠ والكريات البيض ١٢٠٠٠ وصيغتها ٨٠ ./. كثيرات النوى ٨ وحيدات النواة و ١٢ لنفاوية . والشبكة الليفينية في ارتكاس هايم الليفيني في الدم طبيعية .

حيال هذا المشهد السريري في مريضتنا ، والذي ترجح فيه الحمى المطبقة الخفيفة ، والآلام المفصلية المنتشرة ، وانتباج المفاصل والعرق كان تشخيصنا مرض بويو مع سلبية تفاعل هايم المذكور . فعالجناها المعالجة النوعية بصفصافات الصوده مبتدئين باثني عشر غراماً في اليوم الاول ثم ١٥ غراماً في اليوم التالي ، وقد كررنا المقدار الاخير ثلاثة ايام متتالية . فلم نجد اقل تحسن في الحالة العامة ، سوى سكون طفيف في آلامها المفصلية ، وظلت المفاصل منتبجة فرفعنا المقدار الى ٢٠ غراماً في اليوم فلم تتبدل الحالة

وفي الخامس من تشرين الثاني وجدنا خراجة صغيرة قرب المعصم الايمن استخرجنا منه بالبزل صديداً اصفر اللون ، كشف الفحص الجرثومي فيه مكورات مزدوجة لا تأخذ غرام شكلها كحبة البن . فاصبح بعد هذه المعاينة تشخيص الانتان بالمكورات البنية (الغونوكوك) محققاً ، فاعدنا

الاستجواب مرة ثانية سائلين المريضة عن السيلان التناسلي ، وعما اذا كان احد زوجيها قد اصيب بحرقة البول فنفت لنا كل هذا وفحصنا مفرز المهبل وعنق الرحم في مستحضرات عديدة ، فكانت نتيجة البحث عن المكورات البنية سلبية .

وبعد ان شاهدنا المكورات البنية في صديد الخراجة المجاورة للمفصل ، بدلنا طريقة مداواتنا ، كافين عن اعطاء الصفصافات ومبدلينها منذ السادس من شهر تشرين الثاني بلقاح مضاد للمكورات البنية ، وبالحقن باللبن المعقم ، والاتوفان بطريق الفم تخفيفاً لوطأة الآلام . فاحدثت هذه المعالجة ارتكاساً حمياً بيناً وتحسنت الحالة العامة غير ان الداء لم يشف ومما تجدر الاشارة اليه ان العليلة اتاها الطمث بعد هذه المدة ، فاعيد البحث عن المكورات البنية في المفرز الرحمي عند انتهائه فجاءت النتيجة مثبتة اياها فيه

وبعد ان اخفقت المعالجة الاخيرة هذا الاخفاق الجزئي لم نجد بداً من الالتجاء الى المداواة المصلية ، ولما لم نجد المصل النوعي المضاد للمكورات البنية استعملنا منذ الخامس عشر من تشرين الثاني المصل المشابه له نعني به المصل المضاد للمكورات السحائية العديد التعادل فحقنا به العليلة مرة كل يومين بادئين بـ ٣٠سم٣ ثم بـ ٢٠ سم٣ . فكان التحسن بيناً . وخفت الآلام وهبطت الحرارة وغابت السخونة الموضعية ، ولم تحتج العليلة الى اكثر من (٩) حقن من المصل المذكور حتى ابلت من دائها .

واجري فحص الدم مرة اخرى في الثاني عشر من كانون الاول فكان

عدد الكريات البيض ٧٨٠٠ وصيغتها ٦٩ كثيرات النوى ، ٩ وحيدات النواة و٢٢ لنفاوية ، وتركت العليلة المستشفى في اليوم التالي .

يؤخذ مما تقدم ان مريضتنا كانت مصابة بالرثية السيلانية التي بدأت بطور اتنان دموي . وان فقد المكورات البنية من المفرز التناسلي في المدة الاولى ، وانتباج عدة مفاصل والحرارة الموضعية مع العرق الغزير ، وخفوت الدقة الاولى الاكليلية ، كل هذه الاعراض كانت تؤيد تشخيص الرثية المفصلية الحادة ، غير ان اخفاق المعالجة النوعيــة حملنا على الارتياب بهذا التشخيص وظهور المكورات البنية في قيح خراجة قرب المفصل ثم في المفرز التناسلي بعد الطمث اثار لنا غوامض هذا الحادث واثبت لنا ان الرثية كانت بنية . اما خفوت الدقة الاولى الاكليلية الذي لوحظ في بادىء الامر فقد غاب مع غياب الحمى ، وان خيبة الاستلقاح والاستهلاء (vaccino et proteino-thérapie) كانت بينة ، على عكس المداواة بالمصل المضاد للمكورات السحائية التي انقذت العليلة من آلامها وشفت علتها .

المناقشة : العليم ماتر روبار : جربت المصل المضاد للمكورات البنية نفسه في عدة حوادث من الرثية السيلانية حقناً في الوريد وتحت الجلد فلم يفد الا في حادثتين حتى ان افادته فيهما قد اقتصرت على الاعراض العامة دون الاعراض الموضعية واني اشك في ان شفاء المريضة قد نجم عن المصل وحده فلعل للقاح الذي استعمل قبل المصل بعض التأثير في هذه الحادثة

العليم حسني سبح : ان الفائدة التي جنيت من استعمال اللقاح كانت طفيفة ولم تشف الاعراض شفاء تاماً الا بعد استعمال المصل .

٣ ــ حادثة التهاب الصفاق الحوضي الناتج

من البزر الصناعي .

للعليم عبد الغني الحملجي

السيدة س . . تبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً طمثها طبيعي متزوجة منذ اربع عشرة سنة لم تجهض ولم تلد تشكلات اعضائها العامة والتناسلية طبيعية ليس في سوابقها مايفيد ذكره سوى التهاب بسيط في عنق الرحم وليست في سوابقها الزوجيــة حرقة بول كما ان المفرزات الرحمية المهبلية لا تحوي المـكورات البنية .

اصيبت في مساء اليوم الثامن عشر من تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ بآلام بطنية شديدة واسهال وقياء دون ان يتقدمها اعراض مرضية .

دعيت لمعاينتها في صباح اليوم التالي .

المعاينة : الحرارة ٣٨,٤° النبض ١١٠ في الدقيقة البطن منتفخ جسه موءلم ولذا لم اتمكن من معاينة احشاء البطن، الجرس الكبدي واضح، بقية الاعضاء سالمة ، طهرت من الطمث قبل عشرة ايام ولم توافق على معاينة الجهاز التناسلي في هذا اليوم، الاستنبات الدموي سلبي .

عولجت بالمسكنات والحمية المائية والاستلقاء الظهري ووضع الجليد على البطن وفي اليوم الثاني زال الاسهال والقياء وبقي انتفاخ البطن واستمر ترفع الحرارة وتزايد النبض والاوجاع البطنية وانضم الى الاعراض المذكورة نزف دموي رحمي دام يوماً واحداً وانقطع من نفسه

وبعد خمسة ايام استقرت الآلام البطنية في الناحية الخثلية وخف انتفاخ البطن واصبح جس البطن ممكناً وظهر تعجن في الناحية الخثلية ، الحرارة والنبض ثابتان على ما كانا عليه منذ ابتداء المرض. وتبين من المس المهبلي ومعاينة الجهاز التناسلي ان تحريك الرحم موءلم والرتج الخلفي منتبج وعجيني وتشكو المريضة زحير المثانة والشرج ولم يشاهد سيلان في فوهة الرحم ولم يكشف فحص البراز المجهري المتحولات الزحارية ، بقية احشاء البطن سالمة .

اضيف الى مداواتها الغونايول (Gonéol) حقناً في العضل فبدأ التحسن وهبطت الحرارة وزالت الاوجاع والانتباج من الناحية الخثلية والرتج الخلفي تدريجياً منذ اليوم التاسع والعشرين من تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ حتى اليوم الثالث والعشرين من كانون الاول سنة ١٩٣٦ ولم يبق سوى ضعف عام وبعض عقابيل الالتهاب في جوار الرحم .

وقد فهم انه قد اجريت لها في اليوم الخامس عشر من تشرين الثاني سنة ١٩٣٦ اي قبل ابتداء مرضها هذا بثلاثة ايام عملية البزر الصناعي ولم نتمكن من معرفة عدد الكريات البيض في مني الزوج ولا ما يحتويه من الجراثيم المرضية ،

لا جرم ان الحالة المرضية الموصوفة اعلاه التي أصيبت بها السيدة (س) نجمت عن عملية البزر الصناعي كيف لا وقد حصلت بعد ثلاثة ايام من اجراء عملية البزر الصناعي وقد كانت خالية من الالتهابات الشديدة كحرقة البول او التهاب الملحقات او غيرها التي قد تكون منشأ لالتهابات الصفاق الحوضي .

وقد نقلنا هذه الحادثة لكونها من المشاهدات النادرة ويستنتج منها

ان عملية البزر الصناعي قد لا تخلو من خطر .

المناقشة ، العليم شارل : شاهد حوادث التهاب الصفاق الحوضي والملحقات في عقب المعالجات المجراة في باطن الرحم متى كانت الرحم او عنقها ملتهبة فان المعالجة تدفع الجراثيم وتلهب هذه الاعضاء . ويظهر له ان البزر الصناعي كثير الاستعمال في دمشق مع انـه لا بد من حصر استطباباته في انقلاب الرحم الخلفي في المرأة ، وفي العنانة وورم الصفن والاحليل التحتي في الرجل ولا بد في كل حال من معرفة ما اذا كان النفيران مفتوحين قبـل اجراء هذا البزر .

العليم شوكت القنواتي : لا يرى محذوراً من البزر الصناعي اذا ما روعيت فيه القواعد المنصوص عنها فقد كان يجرى بحقن سنتمترين مكعبين من المني ثم خفض المقدار الى السنتمتر المكعب الواحد اما اليوم فيشار بحقن قطرتين من المني فقط ولا بد قبل البزر الصناعي من معاينة الجهاز التناسلي البولي في الرجل والجهاز التناسلي في المرأة بزرع المني والبول ويظن ان العارضة التي طرأت على المرأة قد نجمت من اهمال هذه الفحوص قبل البزر امـا البزر نفسه فليس منه هذا المحذور

العليم عبدالغني المحملجي : لا اعلم ما اذا كانت هذه الفحوص قد اجريت وما هي كمية المني التي حقن بها وجلّ ما اعلم ان البزر قد اجراه طبيب .

❀ ❀ ❀

حادثتا حصاة انفية

(Deux cas de rhinolithes)

للعليم احمد ياسين العجه

ان حادثتي الحصاة الانفية المقدمتين لـكم هما من الحوادث النادرة فقد مارست الطب منذ نحوٍ من ثماني عشرة سنة وتمرنت في مستشفى لاريبوازيار الذي يؤمه مئات المرضى يومياً ، وعاينت في مستوصفنا آلاف المرضى فلم ارَ حادثات كهذه ولا سمعت بها وقد اكد لي زميلنا الفاضل الدكتور انسطاس بك شاهين ندرة هذه الحوادث لذلك بادرت الى كتابة هـذه المشاهدة عن الحادثتين المذكورتين :

المشاهدة الاولى : اتت المستوصف في ١٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٦ عيشة بنت ابراهيم الفوال من اهالي دمشق البالغة من العمر اربعين سنة وهي متزوجة ولها تسعة اولاد ستة منهم احياء يتمتعون بصحة جيدة والثلاثة الباقون ماتوا في سن الطفولة . اسقطت ست مرات ، واصيبت بالحمى النفاسية منذ ثلاث سنوات .

وكانت تشكو ألماً في انفها ونتن رائحته منذ سنتين . شاهدت بعد وضع المنظار الانفي جسماً اجنبياً في الفوهة الانفية اليمنى ظننته في بادىء الامر قطعة عظم متنخرة فاخرجتها وظهرت بعدها في الفوهة كتل متجبنة نتنة جداً ، فنظفت الفوهة وشاهدت قطعة كبيرة سمراء كالاولى ، فسعيت الى اخراجها فلم اتمكن بل خرجت في خمس قطع ، فاذا بها حصاة كما ترونها .

ثم استعملت مطهرات الانف فشفيت نتانة الانف شفاء تاماً وكانت الجيوب سليمة . وتفاعل واسرمان سلبياً .

المشاهدة الثانية : جاءت المستوصف في ٢٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٧ الطفلة فريزه بنت محمود الفاكياني من اهالي دمشق ولها من العمر تسع سنوات تشكو زكاماً وزلة منذ ثلاث سنوات . والداها صحيحا البدن ، اجهضت والدتها عدة مرات . تفاعل واسرمن سلبي

المعاينة : سيلان انفي قيحي وحيد الجانب في الحفرة اليمنى ، بعد تنظيف الحفرة شاهدت قطعة كبيرة سمراء ، تبين بجسها بالمنقاش انها صلبة فتذكرت الحادثة الاولى وتمكنت من اخراجها قطعة واحدة ، فاذا هي حصاة . وقد زال الزكام وعسر التنفس بعدها

المناقشة ، العليم انستاس شاهين : شاهدت حادثة منذ نحو من اربعة اشهر كانت الحصاة فيها كبيرة وقد استخرجتها قطعاً .

* * *

التهاب عصب بصري خلف المقلة

عقب رض

Névrite rétro-bulbaire post - traumatique

للعليم ممدوح الصباغ

جاء المريض ف . . . عيادتي في ١٢ حزيران سنة ١٩٣٤ مشتكياً ادرهماماً (obscurcissement) في بصر العين اليمنى ورؤية حجاب (voile)

امامها وآلاماً حجاجية ورأسية في النصف الايمن من رأسه منذ زهاء شهرين وذلك في عقب رض اصاب القسم الوحشي من الحافة الحجاجية العلوية الأمامية فهو بينما كان يحني اصطدمت تلك الناحية بغصن ورد مقطوع .

الاستجواب : مريض في الثانية والاربعين من عمره متزوج منذ اثنتي عشرة سنة وليس له اولاد وليس في سوابقه ما يستحق الذكر . زوجته في الثانية والثلاثين من العمر لم تسقط، صحتها جيدة وتوفي ابوه بنزف الدماغ وامه بالحمى التيفية .

المعاينة : يبدو تورم جلي في القسم الوحشي من الحافة الحجاجية الامامية العلوية صلب موءلم بالجس ، والجلد الذي يغطيه سليم ودفع المقلة الى قعر الحجاج يحدث ألماً حجاجياً يشعر به المريض خلف كرة العين . منظر المقلة الخارجي وطبقاتها الاربع الظاهرة طبيعية .

فحص قعر العين : الشبكية وحليمة العصب البصري طبيعيتا المنظر ما عدا احتقان خفيف في اوردة الحليمة

فحص الرؤية : الرؤية تعادل جزءاً من مائة وفي المركز عتمة مطلقة (scotome central absolu) وفي الساحة البصرية تضيق خفيف فرضي الشكل (rétrecissiment en encoche du champ visuel) ونظراً الى هذه الاعراض المروية والمرئية شخصت التهاب العصب البصري خلف المقلة وكان لا بد قبل فرض المعالجة من معرفة سبب الآفة وهذا ما سعيت اليه .

ليس في سوابق المريض ما يدل على الافرنجي الذي اتجهت انظاري اليه قبل كل شيء لانه اكبر الاسباب واقواها وتفاعل واسرمان

في دم المريض كان سلبياً

ثانياً : احببت ان انفي ذات العظم والسمحاق السلية في قسم الحجاج المرضوض فأشرت بالتصوير بالاشعة المجهولة فنفيت به ذات العظم هذه والاورام وظهر تنم عظمي (hyperostose) في الناحية المرضوضة المتورمة .

ثالثاً : نفيت التهاب احد الجيوب الوجهية لانني لم ار اعراضه المعتادة والتهاب العصب ينشأ منه بالانتشار كما لا يخفى لمجاورة العصب للجيوب .

رابعاً : نفيت جميع الاسباب السمية التي تحدث التهاب العصب البصري خلف المقلة . كالانسمام النيكوتيني الكحولي الذي يكون فيه التهاب العصب مزدوجاً في العينين . والانسمام بالكينين الذي يحدث التهاب العصب البصري خلف المقلة المزدوج فتتناقص الرؤية آنياً وقد يفقد البصر تماماً . والانسمام بسلفور الكربون واليودوفورم متى ضمد به وكان السطح المضمد عريضاً والسرخس الذكر وقشر الرمان او البلترين والزرنيخ وحامض الصفصاف والغول المتيلي والرصاص والدرقين (التيرويدين) والسترامونيوم والنيتروبانزول والبنزين .

وقد جاء فحص البول والدم خلواً من العناصر المرضية فليس ثمة انسمام بولي او سكري . على ان التهاب العصب البولي يرافقه عمى تام او عمى قشري في العينين ويستمر بضعة ايام ثم تعود الرؤية تدريجاً او آنياً مع المحافظة على افعال الحدقة الانعكاسية كما هو الحال في الهستريا .

وكما انه لم يعثر على اسباب سمية كذلك لم تكن اسباب عفنية حادة او مزمنة تستطاع نسبة هذا الالتهاب اليها كالنزلة الوافدة والحمى التيفية

والتهاب السحايا الدماغي الشوكي والحمرة والتهابات الاذن والخناق والتصلب اللويحي والسهام (التابس) والتهاب النخاع الشوكي وازدياد الضغط المستبطن للجمجمة وغيرها كضياع الدم . وبما انني لم اجد اسباباً سمية او عفنية . اتجهت نحو الرض ذاته . وقد ايد سير المرض هذا النظر وفي ١٨ حزيران اي بعد حدوث الرض بـ ٦٦ يوماً فحصت المريض فوجدت :

ان الآلام في الناحية المتورمة المرضوضة خفت عن ذي قبل بالجس الاصبعي وان الآلام الحجاجية خلف المقلة قد زالت تماماً بضغط كرة العين

ووجدت رؤية تساوي ٢٥ من مائة بعد ما كانت واحداً من مائة . واصبحت العتمة المركزية المطلقة عتمة مركزية للالوان الاخضر والاحمر والازرق فقط اي ان المريض اصبح قادراً على رؤية اللون الابيض وقد تحققت ان مساحة الساحة البصرية قد توسعت توسعاً خفيفاً بالنسبة الى المعاينة الاولى .

وفي ١٠ تموز اي بعد حدوث الرض بـ٨٨ يوماً . وجدت ان الرؤية تساوي خمسين في المائة بعد ما كانت خمسة وعشرين في ١٨ حزيران وواحداً في ١٢ حزيران .

ولم ار اثراً للعتمة المركزية وقد اتسعت مساحة الساحة البصرية ايضاً عن المعاينة التي سبقتها ،

وفي ٤ ايلول ١٩٣٤ اي بعد حدوث الرض بـ ١٤٠ يوماً كانت رؤية المريض مساوية لستين في المائة بعد ما كانت خمسين من مائة بالمعاينة التي سبقتها ولم يبق اثر للعتمة المركزية

وفي ٧ تشرين الاول اي بعد حدوث المرض بستة اشهر اصبحت الرؤية طبيعية اي مائة في المائة ولم ار اثراً للعتمة المركزية ولا تضيقاً في الساحة البصرية . ووجدت قعر العين طبيعياً اي ان احتقان الاوردة الخفيف الذي كنت رأيته في المعاينة الاولى قد زال منه بتاتاً فتكون العين قد استعادت حالتها الطبيعية مع ان التورم في حافة الحجاج كان لا يزال ظاهراً ولكن الالم قد زال منه والمريض يتمتع حتى اليوم بصحة جيدة ورؤيته طبيعية وطيلة هذه المدة كنت اعالج المريض معالجة ملطفة (paliatif) لكي لا اشوش سير المرض ولا اعزو الشفاء الى معالجة فعالة فيكون الشفاء قد تمّ عفواً (spontanément)

فشفاء الافة العفوي على الرغم من بقاء التورم في الناحية المرضوضة من الحجاج دليل على ان التهاب العصب كان رضياً وهذا الشكل نادر اذا لم تكن اسباب مجهولة لم نستطع الاطلاع عليها .

❀❀❀

١ ــ تشخيص التقيحات والغنغرينات

الرئوية في الممارسة

لآندره جاكلن (طبيب مستشفى بوجون)

ترجمها العليم جمال الدين الفحام

ان تشخيص التقيحات والغنغرينات الرئوية ان لم يكن كثير الوقوع فليس شاذاً .

فقد لفتُ الانظار سنة ١٩٢٨ مع الاستاذ بزانسون ، الى حوادث عديدة من هذه الآفات اتيحت لنا مشاهدتها في المستشفى ثم تعددت الحوادث التي راقبتها في الممارسة سواء افي العيادة الخاصة او في المستشفى فلم اعد احصيها

وفي سنة ١٩٣٣ دعم الاستاذ سرجان هذه القضية التي ازدادت حوادثها ومال الى الاعتقاد ان هذه التناذرات (syndromes) اصبحت جلية بعد ان انارها العلم الحاضر وبدد الظلمات عنها .

فموضوعنا معضلة تشخيصية تهمُّ الطبيب الممارس في الدرجة الاولى واني اريد ان ابين في هذه العجالة الطريق الذي يوصلنا في معظم الحادثات حتى اذا اقتصرنا على المعلومات السريرية فقط الى التشخيص المحقق .

ولست اعني عما ذكرت ان الاستقصاء الشعاعي فضولي وهو ما يبين لنا مقر الآفة واتساعها . ولا ارغب في الدعوة الى اهمال فحص القشع وهو ما لا يفيد في التشخيص فحسب بل في الانذار وتكييف طرز المعالجة ايضاً

بل ان الغاية من هذا البحث هي بيان ما يستطاع اقتباسه من استجواب

حسن . ومن مراقبة الاعراض الوظيفية والعلامات الشخصية مراقبة دقيقة ، توصلًا الى فرضيات صحيحة .

فسنبقى والحالة هذه في نطاق السريريات وسنطرق موضوعاً مفيداً طرقه كثيرون قبلنا ووضعوا فيه كتباً ونظريات .

فنحن الآن بازاء مريض جاء يستشيرنا او دعينا لمعاينته لانـه يسعل او يتقشع او لان حالته العامة العفنة تدعو الى القلق

اولاً . — طرز الاستجواب

وعلينا ان نعلم قبل كل شيء بدء مرضه وما اذا كان يسعل او يتقشع منـذ زمن بعيد ، فتكون علته مزمنة او ما اذا كانت اضطراباته حديثة والعلة التي دعته الى استشارتنا قد بدت اعراضها على جهاز تنفسي كان سليماً او كان يبدو سليماً قبلها فتكون علته حديثة

أ — الحالة الاولى : المريض مصاب بعلة قصبية مزمنة ويسعل منذ زمن مديد

فاذا كان بدء علته موافقاً لذات قصبات ورئة في الطفولة بدئية كانت او تالية للحصبة او للسعال الديكي ، واذا كان الشخص كهلًا وقـد عقبت علته انسماماً بغاز الحرب ، او هجمة خفيفة من سل رئوي ليفي او ان العلة ابتدأت خلسة وصعب تعيين بدئها بعوارض سريعة الزوال من التهاب الانف والرغامى والقصبات النازل ،او ان المريض يسعل في الصباح ويتقشع تقشعاً خفيفاً ، نشك حينئذ في اصابته باتساع القصبات ويزداد شكنا متى كان قشع المريض مخاطياً قيحياً ولو لم تكن هجمات حادة ومتى كانت اصابعه مشوهة التشوه الابقراطي المألوف ولو كان التشوه خفيفاً .

ولهذه المعلومات قيمة كبيرة لأمرين : فقد لا تكون هذه الحالة الحادة الحديثة الا احدى الهجمات الكثيرة المصادفة في اتساع القصبات والسهلة الخضوع للمعالجة او انها عرقلة مقيحة منخرة خطرة قد اتصلت بلحمة الرئة

اضف الى ذلك ان توسع القصبات اذا ما اثبتته فحوص مقبلة امر ذو شأن متى طرأت عليه هجمة مقيحة حادة فهو وخيم الانذار فقد ايدت المشاهدات ان الخراجات والغنغرينات الحادثة في بيئة كهذه تتجه الى الازمان ولا تسير قط سير التقيحات الحادة التي تشفى لوقوعها في اشخاص كان جهازهم الرئوي القصبي سليماً قبل هذه العارضة .

ومن جهة اخرى : فان كثرة هذه الحالات تحول دون الريح الصدرية الصناعية وتحرم المريض منافع هذه الطريقة الدوائية السهلة .

فهذان السببان : الاتجاه الى الازمان ، وتعذر المعالجة بخمص الرئة (collapsothérapie) يدعوان الى معالجة المريض معالجة جراحية واذا ما دعانا تقشع مخاطي قيحي متكرر قديم العهد الى الظن باتساع القصبات ، كان علينا ان نعلم ان الاشخاص اللنفاويين المصابين بالتهاب مزمن في احد الجيوب او في جوف الانف او اللوزتين يلقحون الشجرة الرغامية القصبية تلقيحاً مستمراً ولا يفضي بهم الامر الى تعفن الطرق التنفسية العميقة واتساع القصبات حتى ان بعضاً من الاشخاص نستطيع ان نلقبهم « منتحين exudatifs » ، وقد كنت ذكرت حديثاً تأهبهم للافراز في سياق بحث عقدته عن المركبات الكبريتية فيحملنا النظر اليهم للوهلة الاولى على الظن باصابتهم باتساع القصبات وهم عنه بعيدون

فلا بد من معرفة هذه الامور جميعها ولكن فليعلم ايضاً ان علينا قبل الظن بها ان ندرك ان انتان طرق الهواء العلوية حتى الخفيف الحدة منها قد ينجم عن تقيح رئوي صريح .

ب — هب اننا امام مريض خال من السوابق القصبية الرئوية ذات الشأن

تبتدىء الآفة في هذه الحالة باحد شكلين : فاما ان يسبق رض او توسط جراحي الحادثة بقليل ، او ان تكون الحادثة كتتمة لعفونة اصابت جهاز التنفس .

١ً — ان استنشاق او سقوط جسم اجنبي في مجاري الهواء ، اذا كان اكثر وقوعاً في الاطفال واستطيع حدوثه في هذه السن بدون ان يشعر به ، فهو قليل في الكهول ويستبعد حدوثه بدون ان ينتبه له وعليه فمعرفة سبب العفونة سهلة اذ ذاك ونسبتها الى الجسم الاجنبي واضحة . غير ان الاسباب التي تبدو لنا اكبر قيمة واغمض تعليلًا مع انها كثيرة المصادفة ، هي العمليات التي تجرى على البطن او الحوض ، والعمليات القبالية ذات الشأن التي تحدث الضمامات والتوسطات الجراحية على الانف والحنجرة واللوزتين التي قد تلقي في القصبات بعض اجزاء من الاجسام المتقطعة العفنة.

فقد شاهدت حادثات من غنغرينة الرئة ظهرت بعد خمسة او ثمانية ايام من عملية قطع الزائدة الملتهبة التهاباً حاداً والمتعفنة تعفناً شديداً، والمعرقلة بخراج عفن حولها .

وهذه العرقلة في استئصال الرحم لورم ليفي اقل من تلك، وقد صادفت

حادثتين : خراج رئة بالمكورات العقدية ، وغنغرينـة رئة مرتدة في عقب الولادة .

فالحادثة الاولى التي قدمتها مع كوست للمؤتمر الفرنسي الطبي في السنة ١٩٣٢ انتجت ذات جنب قيحية بانبثاق بؤرة رئوية سطحية في الجنب وريحاً صدرية عفوية (spontané)وشفيت الخراجة بعد ان بزل الانسكاب الجنبي فقط

والحادثة الثانية ، التي لا ازال اعالجها مع الدكتور فوفل بالريح الصدرية الصناعية ، بدأت منذ سنتين وظهرت بعد ولادة طبيعية بثمانية ايام غير ان الماخضة خدرت تخديراً عاماً . فقد يكون سبب الآفة . تعفن مجاري الهواء الناجم عن التخدير

وان ما يسترعي النظر في الصمامات التالية لقطع الزائدة هو استقرارها عادة في قشرة الرئتين وتعفينها للجنب واستتار البؤرة الرئوية المذكورة بالاعراض الجنبية فليست الريح الصدرية الصناعية في هذه الاحوال مفيدة فائدتها في حادثات التقيح او الغنغرينة الاخرى .

وعلاوة على ذلك فان الانتان الذي تحدثه هذه الصمامات هو في الغالب من نموذج فيون الذي يسبب غنغرينـة الرئة وذات الجنب النتنة فالمعالجة الجراحية الباكرة امر لا مندوحة عنه فيهما . وقد يفيد المريض أن لوزتيه قد استئصلتا او ان توسطاً جراحياً طفيفاً قد اجري على انفه (انحراف الوترة) او ان فتح له مجمع قيحي سني . . .

وقد قدمت حادثة من هذا النوع عن مريضة فتية راقبتها مع الدكتور رنو ظهرت فيها بعد توسط طفيف على أنف مصاب بالنتانة : حمى عالية

٤٠° ، وعلامات عامة شديدة الخطر وتقشع عفن ، دال على بؤرة غنغرينة كبيرة ظهرت في مركز الفص السفلي من الرئة اليمنى ، فعولجت بالريح الصدرية الصناعية فكانت كافية لوقف سير هذه العلة المخيفة .

وقد اثارت جمعية امراض الحنجرة في تموز سنة ١٩٣٢ مناقشة حادة حول هذه الخراجات الرئوية التالية لاستئصال اللوزتين وهي في فرنسة اقل منها في امريكة ولعل السبب سرعة التوسط الجراحي بحسب الطريقة الفرنسية وخفة التخدير ومن النادر ان تعقب التعفنات الرئوية الغوص في الماء ، فقد دعيت مع الطبيب الانيك لمعالجة مريضة ظهرت فيها بعد ثمانية ايام من غوصها في ماء البحر ، بؤرة غنغرينة جسيمة في الرئة اليسرى ، وقد شفيت الآن بعد خمص رئتها الذي اجريناه بحكمة ورشاد .

٢ً — وكثيراً ما يكشف الاستجواب عن عفونة بدئية من نموذج ذات الرئة او ذات القصبات والرئة . او احتقان الرئة البسيط . وان تناذر ذات الرئة الصريحة نادر جداً في ايامنا وليس ما نشاهده في فصل الشتاء من العفونات الفصلية سوى وافدات خفيفة صعبة التصنيف من النزلة الوافدة

ولقد لفتُّ مع الاستاذ بزانسون ولهمان ، الانظار في مقال نشرته « المطبوعات الطبية » في ١٨ تشرين ثاني سنة ١٩٣٣ مخصص بدرس هذه التناذرات الشعاعي الى كثرة اشكالها وغموضها . فهي في الغالب بؤر عديدة وعرضها المتفوق ذات القصبات المنتشرة ، وكثيراً ما يشاركها تفاعل جنبي

. في سياق هذه العلل الرئوية الحادة ، تظهر خراجات الرئة البسيطة او العفنة في ايامنا فعلينا ان نوجه الاستجواب بالخاصة الى طبيعة هذه التظاهرات

البدئية او على الطبيب نفسه ، وهذا الافضل ، ان يراقب المريض في ادوار دائه المختلفة توصلًا الى تشخيص محقق .

فاذا ما ذكرت اختلافات هذه العلل الرئوية المقنفرة او المولدة للخراجات فلكي اوضح الصعوبات التي يصادفها الطبيب في الممارسة وما يقوم في وجهه من العقبات قبل تشخيص الآفة ومصيرها القريب او البعيد فعليه ان يميز اما كن هذه المفونات التي تختلف اختلاطاتها ومشاهدها السريرية بحسب مقرها في جيب الجنب ، او بين الفصين ، او في القسم الحاجزي من الجنب او في ملء ملحمة الرئة .

فيدون بدقة تامة تاريخ البدء والاعراض العامة المشاهدة ولا سيما شدة الناخس واستمراره ومقره ليعلم به ما اذا كانت اصابة الجنب ممكنة وما اذا كانت ذات الجنب هذه ستكون شاملة او متكينسة لان حدوثها قد يكون سبب التقيحات الرئوية التي ستمرقل هذه العفونة .

ويدرس صفات القشاعات ومنظرها وتبدلاتها ووفرتها ويتبع سير الحرارة . فكثيراً مالا يكون مخططها منتظماً كما في ذات الرئة ، فلا تعلو الحرارة علوها الصريح المعهود وتقطعها انخفاضات اشد مما في ذات الرئة او ان الحرارة تنخفض انخفاضاً يبشر بشفاء قريب. واذا بها تعود فتعلو ثانية . وقد تمر بضعة ايام ، اسبوع او اكثر ، تزول الحرارة في اثنائها قبل ان تبدو العلامات العامة

فليبحث في العلامات الطبيعية التي رافقت هذه الهجمات فلعل بؤرة رئوية جديدة او تعفناً جنبياً كان سبب هذه الارتفاعات .

اننا بهذه التتبعات نتوصل الى درس الاعراض الدقيق وفهم سير المرض .

٣ – واخيراً ان هذه الاضطرابات ولو ظهر انها من منشأ رئوي او قصبي رئوي ينقصها الوضوح ، فقد لا يكون بدؤها واضحاً ولا فجائياً بل قد يرجع عهده الى عدة اشهر او اكثر وقد يتعذر اقتباس معلومات كافية بشأنه .

فاذا استجوب المريض ، ذكر الاضطرابات التي تلت بدء الآفة : الحمى الدائمة ، النحول ، السعال ، القشاعات ، وهذا كاف لكي يظن بالسل الرئوي . هذه العلة التي يكثر حدوثها في الجهاز التنفسي كيف لا وعلامتان تثبتانها : نفث الدم المتكرر الوافر الذي هلع له قلب المريض واصبح شغله الشاغل ،واعراض التهاب قشرة الرئة الذي تكشفه المعاينة .

فلتعرف هذه المظاهر السلية الكاذبة ، التي تبدو بها تقيحات الرئة وقد يخيل الى الفاحص ان ما يلقى من الصدر من القشاعات المدورة (nummu - laires) صادر عن كهف سلي مع انه تجزؤ القيء الصدري البدئي الذي يسهل على العين المجربة تفريقه وقد تمكس الآية في حالات اخرى : فان التقيح الرئوي لا يجهل امره ولا يلتبس بآفة خفيفة الحدة كالسل بل يشخص ويظن صرفاً ونموذجياً بينا الاستجواب الدقيق ، يكشف قبل الدور الحاد الحديث المقيح عن دور سابق ، يرجع عهده الى عدة اسابيع او عدة اشهر وقد اتصف بالام صدرية ونحول فاذا ما طرأت هذه الحادثة على شخص متقدم في السن جاز لنا ان نتساءل عما اذا لم يكن هذا التقيح عرقلة لسرطان رئوي سابق فحذار في الممارسة من اهمال مثل هذه القضايا الممكنة الوقوع .

يستنتج من هذا الاستجواب الاول اتجاه خاص في التشخيص والانذار فقد يكون اتساع في القصبات قديم ومعرقل حديثاً بهجمات حادة او بتقيحات رئوية (وهذه التقيحات في بيئة بدلها الازمان خطرة في الغالب) وقد يكون خراج بسيط او متلف للرئة اظهره سبب عارض : قطع الزائدة، استئصال ورم ليفي ، ولادة (وهذه الخراجات سطحية في قشرة الرئة ويكثر تعرقلها بذات الجنب (المقيحة او النتنة) وقد يكون السبب المحدث توسطاً على اللوزتين ، او في الانف او البلعوم الانفي (وتستقر الخراجات في هذه الحالة في الفص السفلي الايمن أو الايسر قريبة من السرة)

وقد يظن بسل رئوي او بخراجة ظهرت على سرطان رئة بدئي متى كان البدء خادعاً والاعراض خفيفة وقد يكون انصباب جنبي قيحي متكيس (في جوف الجنب او بين الفصين) او مجمع مستبطن للرئة ، متى تلت الآفة علة رئوية حادة فصلية او وافدة ، وهذا ما يكثر وقوعه في الممارسة .

ان هذه الاحتمالات العديدة يعينها فحص المريض .

ثانياً . — طرز فحص المريض

١ — الفحص السريري

أ — يدون اولاً : منظر المريض العام وشدة علامات المفونة التي يبديها وتغير سحنته وحالة لسانه ونبضه وبوله ودرجة حرارته .

وليس لهذه العلامات قيمة كبيرة في التشخيص لانها مشتركة في التقيح الرئوي والتقيح الجنبي على السواء . ومع ذلك فان تأذي الحالة العامة تأذياً

شديداً دليل على انسمام سابق (كحولي او سكري) ، او على عفونة فائقة الحدة مصدرها ثلاثة انواع من الجراثيم بالخاصة المكورة العقدية، وعصيات فريدلندر الرئوية ، وعفونة بالبريميات واللاهوائيات معاً . واذا لم تكن قيمة هذه العلامات كبيرة في التشخيص فهي جليلة في الانذار والمعالجة لانها ترسم خطة العمل ، فاما ان يقتصر على توسط بسيط سليم (خزع الجنب، او الريح الصدرية الصناعية، او خزع الرئة) او ان يلجأ الى توسط جراحي خطر

ب – ثم يفحص صدر المريض ، بالوسائط المألوفة : النظر والقرع والاصغاء والجس .

على ان هذه الطرق قد لا تكشف في بعض الاحيان اي تغير بياني ، فلا تسمع سوى بعض الغماغم القصبية المنتشرة ، وبعض الخراخر اللطيفة في القاعدتين او في احداهما دون تغير يذكر في وضوح الرئة ، ولا تبدل في الاهتزازات الصوتية . فتكون العلة توسع قصبات في دوره الصامت بعد انفراغ الجيب من القشاعات او مجمعاً جنبياً متكيساً عميقاً قرب المنصف وهذا نادر ، او مجمعاً في مركز الرئة ، وهذا كثير المصادفة .

والفحص الشعاعي وحده يجلو الغموض في جميع هذه الاحوال وكثيراً ما تحقق احد هذه التناذرات الثلاثة وشأنها كبير في التشخيص .

١ً – التناذر الجنبي الذي يوضحه عدا الناخس الشديد ألم قد يحدثه الضغط ، ولا سيما الخرس التام وعلامات الاصغاء الاخرى، غيبة الاهتزازات وهي كثيرة التبدل في الانصباب المحدود والخ . .

ولا بدّ من كشف هذه الانصبابات الخفية بالقرع المتقن في جميع

النقاط ولا سيما في الناحية الابطية الخلفية ، وحشي عظم الكتف وتحته في هذه الناحية التي يخيل انها المقر المنتخب لتلك الانصبابات .

ومتى استقر هذا التناذر في القاعدة صعب كشف انصباب متكيس في جوار القسم الحجابي من غشاء الجنب، غير ان الناخس الشديد يكشفه حينذاك ومتى استقرّ في جوف الجنب الكبير هان التشخيص وليجتنب حينئذ سبب خطأ يكثر الوقوع فيه :

فقد يكون الانصباب المصلي الليفيني مرافقاً لجيب متقيح متكيس مجاور او مستبطن للرئة . وقد صادفت في بوجون مريضاً ارسل اليّ بتشخيص التهاب قشرة الرئة والجنب السلي وقد ظهر بمعاينته انه اصيب بهجمة سل قديم غير ان فحص هذا المريض كشف عن انصباب جنبي جسيم وثبت بعد البزل انه مصلي ليفيني ومعاينة مبصقته ارشدتني الى خراج رئوي فيه اثبته الفحص الشعاعي قبل البزل ولا سيما بعده .

٢ً – التناذر الكهفي : متفاوت الوضوح ، يغيب بضع ساعات ثم يعود الى الظهور . يدعو الى التردد في اتساع القصبات او خراج الرئة او غنغرينتها اذا استقر في القاعدة ، وفي خراج الرئة والكهف السلي اذا استقر في الذروة او في قسم الرئة المتوسط . وظهور هذا التناذر في ذات الجنب القيحية المكيسة المنفتحة في القصبات امر نادر

٣ً – تناذر التكثف condensation : الذي قد يحجب جوفاً او اجوافاً مندمجة فيه : اتساع القصبات ،او بؤرة موات او تقيح حتى الكهف السلي ايضاً .

والفحص المقصود حتى قبل المعاينة او الرسم الشعاعي قد تقتبس منه معلومات دقيقة ، ولا سيما من الوجهتين التشريحية والناحية . وقد يستدعي في بعض حالات ليست بقليلة البزل الاستقصائي الذي يظهر ايجابياً في احدى النواحي. ومعاينة المبصقة هي التي ترشدنا الى جوهر العفونة المسببة .

ج — فحص القشع : قد يكون بيانياً بدون الالتجاء الى المخبر ، ذلك متى كانت القشاعات نتنة الرائحة فان منظرها المواتي ورائحتها الجيفية كافيان لدلالتها على الغنغرينة .

وكذلك القول في القشاعات الوافرة التي ترسب اربع طبقات فانها دليل على توسع القصبات ، وليعلم ان لهذه العلة ادواراً ، تقل فيها القشاعات حتى انها قد تكون جافة مع نفث دموي .

ومتى كانت القشاعات قيحية ووافرة دلت على خراج رئوي او جنبي انفتح في طرق الهواء فعلينا اذا شئنا ان نقتبس منها المعلومات المفيدة الا نجمعها في مبصقة او اناء ظليل ، بل في وعاء من الزجاج مدرج فنتمكن من اتباع التبدلات التي تطرأ عليها وعلى كميتها في عقب المداواة المتبعة .

وتعرف القشاعات القيحية فقط بكونها الى الصفرة اقرب منها الى الخضرة او بكونها خضراً صريحة بحسب تحول العامل المقيح ، على ان منظرها يختلف كل الاختلاف عن منظر القشاعات في السل الرئوي وكثيراً ما تمكنا من تشخيص تقيح رئوي قبل الفحص المجهري ، في مرضى ظن انهم مصابون بكهف سلي فجاء الفحص الجرثومي مؤيداً لظننا بنفيه عصية كوخ من القشاعات .

وهناك حالة قد تستدعي المناقشة ، وهي التقشع النتن . فاذا كانت النتانة الصريحة كافية لتشخيص انتان مغنغر باللاهوائيات فليست للرائحـة القليلة النتانة القيمة نفسها بل قد تدل على ركود القشاعات في سياق توسع القصبات بدون ان تكون ثمة « غنغرينة سطحية » . ومع هذا ، فان نتانة القشاعات في توسع القصبات اوخم انذاراً من التوسع الخالي من النتانـة فهي مناسبة لتوسع محلي الشكل تحبس فيه المفرزات اكثر من التوسعات الاسطوانية وتستدعي التوسط الجراحي .

. وقد تنجم النتانة من العفونات بالجراثيم المقيحة: المكورة العقدية ولا سيما العصية القولونية. وفي الخراجات النتنة البطيئة السير التي تتخللها ادوار هجوع قد تتناوب النتانة الخفيفة مع ادوار نتانة شديدة .

ومهما يكن المظهر السريري ، فلا بد من الفحص الجرثومي لنفي عصية كوخ ، ومعرفة العوامل المرضية وتماين اشد القشاعات كثافة لان القشاعات القصبية المرافقة ، قد تختلف فيها الجراثيم عن تلك والجراثيم المصادفة في الممارسة ثلاث زمر :

فالأولى : هي البريميات واللاهوائيات في الآفات النتنة .

والثانية : فئة من الجراثيم تكثر مصادفتها في خراجات الرئة او ذوات الجنب المتقيحة المتكيسة المنفرغة بقيء صدري متقطع ، عواملها المكورات الرئوية والعقدية في الغالب واقل منها المكورة العنقودية او العصيات الرئوية

وتدخل في الثالثة : جراثيم عديدة متنوعة تصادف في توسعات القصبات .

ولهذه المعاينة الجرثومية قيمة كبيرة في الممارسة ليس في التشخيص

فحسب بل في الانذار ايضاً . فان الانتانات بالبريميات واللاهوائيات والعصيات الرئوية والمكورات العقدية ، قلما تشفى عفواً كالانتانات بالمكورات الرئوية . وترشدنا معرفتها الى المعالجة ايضاً فالمعالجة الزرنيخية تنجع في الانتانات البريمية او المغزلية البريمية . والاستلقاح الذاتي او الجاهز مفيد في الانتانات بالمكورات العنقودية بالخاصة وقد تفيد في الانتانات بالمكورتين العقدية والرئوية .

د — البزل الاستقصائي : هو واسطة كبيرة القيمة نتمكن بها من الحصول على معلومات ذات شأن اذا ما احسن اجراؤها يكمل البزل الفحص السريري ويسهل اجراؤه في مريض محموم مضعف ملازم فراشه يبد ان المعاينة الشعاعية تستدعي ازعاجه ونقله .

ولكن البزل لا بد من استعمال ابر غليظة فيه ليستنشق بها القيح الكثيف وطويلة لتبلغ مجماً عميقاً مستبطناً للرئة وذات ثنطب (mandrin) منعاً لانسدادها ولانتخاب نقطة البزل شأن كبير يبزل عادة في النقطة الاكثر خرساً فاذا لم يخرج شيء من الابرة ، تترك في مكانها وتدخل ابرة اخرى في الورب نفسه وعلى بعد بضعة سنتمترات من الاولى ، واما في الورب الواقع فوق الاول او تحته .

❀ ❀ ❀

اجماع الامة الاميركية على محاربة

الداء الافرنجي والسيلان

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلن — نيويورك)

قدر الخبراء في شؤون الصحة ان تسعة عشر مليون شخص اميركي أصيبوا او قضوا نحبهم بالداء الافرنجي والسيلان اللذين لبثا ردحاً من الزمن والتقارير لا تقدم عنهما .

وقد عقدت حكومة الولايات المتحدة مؤتمراً للمداولة في إرصاد مليوني ريال لمكافحة هذين الدائين اللذين يهددان الصحة تهديداً شديداً وقامت الجرائد والمجلات بقسطها فمقدت المقالات الضافية حاثة الشعب على التكاتف لخنق هذا العدو قبل استفحاله وقضائه على النسل القضاء المبرم فلبي الدعوة التي وجهها الدكتور توماس باران عميد جراحي دائرة الصحة العامة في الولايات المتحدة الى العالم الاميركي وحضر المؤتمر ما ينيف على ثلاثمائة مندوب من اثنتين وثلاثين ولاية واشترك في هذه النهضة المباركة عدد من المجامع الكنسية والمدنية على ان الحياء والتظاهر بالحشمة كانا حجر عثرة في سبيل الغاية التي كان يرمي اليها الدكتور باران

بدأت المناقشة الساعة العاشرة في بهو دائرة التجارة في نيويورك فلم ينكر احدٌ من مندوبي الولايات الاثنتين والثلاثين استفحال هذين الدائين الزهريين وقد افاض الدكتور ويليام سنو المدير العام لجمعية حفظ الصحة

الاميركية في وصف شرهما المستطير وجاء في كلامه ما ترجمته : تعادل اصابات الرجال والنساء والاولاد زهاء ستة ملايين، وتسعة اعشار هذا العدد الغفير يستطبون عند الدجالين وعشرهم فقط يتبع معالجة رشيدة يرسمها طبيب قانوني . اما المصابون بالسيلان فهم ضعفا هذا العدد .

* * * *

ان الداء الافرنجي بحسب اراء المؤتمرين اشدُّ استفحالاً من الفالج الطفلي في الولايات المتحدة فان كل مائة حادثة منه تناسبها حادثة واحدة فقط من الفالج الطفلي وقد قامت الولايات المتحدة قومة واحدة لمناهضة هذا الداء ونراها لا تتكاتف ذلك التكاتف ولا تنهض تلك النهضة لمحاربة الامراض التناسلية .

وبعد ان اشار الدكتور سنو الى الوفيات السنوية المعلنة والمنسوبة الى الداء الافرنجي وعدها بستة وعشرين الفاً قال :

لو اعلنت جميع ضحايا هذا الداء لكانت اضعاف اضعاف هذا العدد ولعدّ الافرنجي في طليعة الامراض الفتاكة ثم بحث في الامر من الوجهة الاقتصادية فقال : اننا اذا ظفرنا بقهر الداء الافرنجي والسيلان نتوصل الى خفض الضرائب التي تثقل كاهل الشعب فان الوفاً من الافرنجيين قد انفقوا في معالجة دائهم آخر فلس يملكونه واضطروا في النهاية الى اهمال المعالجة فاصبحوا عالة على المستشفيات وخزانة العموم . والوفاً غيرهم تأذت اعضاؤهم وتشوهت اجسادهم وفقدوا بصرهم والوفاً مؤلفة سواهم قد غصت بهم

مؤسسات الامراض العقلية بعد ان اضاع داؤهم الذي لم يعالج معالجة حسنة ملكاتهم العقلية .

فتوسلاً الى اعلان حرب فعالة على هـذا الداء وتنظيم خطط الدفاع لا بد من وضع اليد على مخصصات الولاية ومخصصات التحالف

* * * *

وقد أطرى معظم المؤتمرين خطة « جريدة الاخبار النيويوركية » باثارتها هذه الحرب الضروس على الامراض التناسلية بما نشرته عن الداء الافرنجي من المقالات الماتعة الضافية وبسلسلة المقالات التي دبجتها يراعة كارل وارن عميد كتبة الاخبار فيها . فاليها يعود الفضل في ايقاظ الرأي العام وتبديد ذلك الجمود السائد وعقد هذا المؤتمر. وتنبيه الصحف الاخرى الى طرق الموضوع والبحث فيه وبيان اضرار هـذه الادواء السرية وضرورة مكافحتها فكانت نتيجة كل هـذا ان الاشخاص الذين جاؤا مستشفين تضاعف عددهم في اماكن عديدة .

* * * *

واهم ما يُقصد من هذا الاجتماع هو نشر الطرائق العلمية الحديثة لتشخيص الافرنجي والسيلان ومعالجتهما . خُصِّص اليوم الاول من هذا المؤتمر المذاكرة والمفاوضة بشأن هذه القضية ، وكان الخطباء الدكتور بارَّان الذي افتتح الكلام ، والدكتور « ادورد كوفري » المفوض الصحي في نيويورك ومساعد جرّاح الولايات المتحدة الجنزال « فوندلر » الموكل بفرع الامراض التناسلية ، واساتذة من المدارس الطبية المختلفة في هذه

البلاد الذين استعدوا للخطابة في هذا المؤتمر يوم افتتاحه

وقد خصص يوم كامل بالقضايا المتعلقة ببعض النواحي والمقاطعات ، ويوم آخر لاجتماع عام قبل اختتامه .

نقول : ان الولايات المتحدة مع ما هي عليه من الرقي الصناعي والفني والاخلاقي نراها مقصرة في البحث عن الدجالين والمتطببين الذين يمارسون مهنتهم وينالون مأذونيات وامتيازات ببعض العلاجات بلا جدارة فيعلنون عنها في الصحف بوقاحة ويقبل الناس عليهم منخدعين باكاذيبهم وواقعين في حبائلهم الشيطانية واننا نعرف كثيراً من السوريين يعلنون عن ادوية تشفي من امراض عديدة مع انهم لا يفرقون بين الكوع والبوع في الطب وقد عرفنا دجالاً حمصياً قاطناً في وسترماس ما فتىء منذ عشرات السنين ، يعلن عن كشفه لعلاج ناجع في الافرنجي وعلاج لآخر شاف من السيلان وهو يتقاضى مئات الدولارات من السذج من يونانيين وسوريين وأرمن وسماسرته العديدون يقاسمونه ارباحه الطائلة التي يجمعها بهذه الطريقة المحرمة من البائسين والجهلة .

وقد سُجن عدة مرار ولم يبطل عادة الشعوذة والتدجيل . وان مثل هذه الاعمال والحوادث قلما يُسمع بها حتى في الصين او في مجاهل افريقية ، وهذا برهان على ان الكمال الحقيقي هو من صفات الله عزّ جلاله وان الانسان لا يزال انساناً ولو ادعى الذكاء وقوة الادراك .

❀ ❀ ❀

الشباب و الإشباب



أجل الانواع والامم

تختلف اعمار الأنواع اختلافاً عظيماً فمنها ما يعيش ابداً كانواع الحيوان والنبات الابتدائية التي يتركب فردها من خلية واحدة تتكاثر تكاثراً مستمراً فينشأ منها فردان مماثلان للأصل تماماً وينتج من انقسام كل من هاتين الخليتين خليتان اخريان وهكذا دواليك ولذلك نمت رهط من المؤلفين هذه المخلوقات البسيطة الأحادية الخلايا بالخلود. الا ان ما يشاهد في العوالم الدنيا لا يبدو في غيرها اذ يعرض للمخلوقات المركبة من خلايا كثيرة عوارض تعوق توالدها فتموت بعد حياة تتباين مددها . ولكن بعض الخلايا التناسلية في الحيوانات العليا مستمتعة بالخلود كالحيوينات المنوية اللاقحة والبييضات الملقوحة وهذا ما دعا وايسمن الى تقسيم الخلايا فئتين

١ً — خلايا بدنية (soma) فانية

٢ً — خلايا تناسلية (germen) قد تكون خالدة وتعرف هذه الخلايا بخلايا التنوج . تستطيع هذه الخلايا اذا توفرت لها بعض الشروط ان تبقى بعد موت الشخص وتتعاقب في احفدته فتكوّن سلالة مستمرة وليس في هذا ما يدعو الى العجب لان الحيوين المنوي يمتزج بالبييضة فيتولد

من اتحادهما مخلوق جديد ذكر او انثى مشابه لأصليه ثم يتحد حيوين المخلوق الجديد المنوي او بيضته ببيضة او حيوين منوي آخرين فينشأ من اتحادهما مخلوق جديد آخر وهكذا ما استمرت الحياة على وجه الارض . ان سبب خلود هذه الخلايا هو اتحاد بعضها ببعض فاذا تركت احداها لوحدها سواء كانت حيويناً منوياً او بيضة دون امتزاجها بخلية نتوج اخرى اضمحلت وماتت بسرعة .

اما الخلايا البدنية فانها تعيش مدة من الزمن تختلف باختلاف نوعها فنها ما تظل حية ما بقي الحيوان حياً فلا تموت الا بموته ما لم يؤثر فيها عامل مخرب مميت ومنها ما تموت وتجدد دون ان يؤثر ذلك في حياة الحيوان نفسه وقد يكون ذلك وسيلة حيوية لاستبدال الخلايا التي ارهقها العمل بخلايا حديثة نشيطة وهكذا تموت كريات الدم البيض وخلايا الجلد وغيره من المضرعات (البشرات) فيستعيض الجسم عنها بخلايا شابة تأتي من انحاء مولدة خاصة . تموت الخلايا البدنية بعد ان قامت بعملها الحيوي فهي والحالة هذه خلايا موقتة خلقت لتعيش اجلاً مسمى وليس الأمر كذلك في الخلايا التناسلية التي خصت الطبيعة بعضها بتخليد النوع وبقاء الامة .

* * * *

عمر النبات

لا تعيش بعض الفطور والأشنيات وبعض انواع النبات الكمثية الا اياماً معدودة وحياة الطحلب قصيرة ايضاً على ان بعض مربي النبات جففوا

الطحلب وحفظوه مجففاً عشرين سنة ثم اعادوا اليه الحياة بريه وتبليله ويصح ان يتخذ ذلك دليلاً على ان النبات لم يمت بالتجفاف بل وقفت فيه ظواهر الحياة طول هذه المدة فلم يُبِد التجفيف الخلايا وما فيها من الغرائيات بل ثبَّتها تثبيتاً وابطل المبادلات فيها لانه حرمها الماء الذي يتخلل جميع الخلايا والنسج والذي لا يمكن ان تتجلى الظواهر الحيوية في مخلوق من المخلوقات ما لم يتوسط الماء ذلك وما اصدق قول الخالق في هذا الشأن فقد جاء في القرآن الكريم « وجعلنا من الماء كل شيء حي »

ان انواع النبات الوحدة الفلقة كالقمح والشعير والقطاني وغير ذلك لا تعيش الا سنة واحدة وكذلك انواع النبات ذات الفلقتين كالفول والحمص وغير ذلك من البقول وقد اشار الامام ابو حنيفة بتقسيم النبات الى ما هو باقٍ منه وما هو بائد فقسمه ثلاثة اصناف :

أ — شيءٌ باقٍ على الشتاء اصله وفرعه .

ب — شيءٌ آخر يبيد الشتاء فرعه واصله فيكون نباته في ارومته تلك الباقية .

ج — شيءٌ ثالث يبيد الشتاء فرعه واصله فيكون نباته مما ينتثر من بذوره

يعيش الشمندر او الشمندور (١) سنتين وقد استطاع المختبرون اطالة بقائه ٤ — ٥ سنوات ويعتقد فريز (Frise) ان الحؤول دون موت بعض

(١) تأويل (bettrave) وتسميه العامة شوندر وصحيحها الشمندر كما اثبتنا وهو نبات غليظ الاصل يتخذ منه السكر (الافصاح)

انواع النبات ممكن بنزع الازهار ابتساراً .

جرب ذلك في بعض انواع النبات فعاشت سنتين بدلاً من سنة واحدة ولا يخفى ان العشب اذا اجتز قبل التنوير دام سنين عديدة .

وهذا ما دعا بعض النباتيين الى القول بأن من دواعي موت النبات نفاذ قواه الحيوية في الإحباب[1] ويعيش نبات الصبر الاميركي مدة تختلف من ٥٠ الى ١٠٠ سنة ولا ينوّر الا مرة واحدة ويموت أثر ازهاره . وذكر هيلدبراند (Hildebrand) ان النباتات السريعة التنوير والإحباب قليلة البقاء لانها تصرف قواها الحيوية الكامنة في الإبزار[2] فتموت سريعاً . واما النباتات التي لا تنور الا بعد سنين عديدة فتعيش مدة طويلة

ومن النبات ما يزهر ويثمر في كل حول دون ان يؤثر ذلك في مدى حياته ويزعم هيلدبراند وغيره من المؤلفين ان النبات يغتذي وينمو سعياً وراء غاية اساسية وهي التكاثر فمتى تم له ذلك مات . وينطبق هذا الزعم على بعض انواع النبات على انه لا يجوز اتخاذ هذه الفكرة قاعدة جامعة مانعة

بحث ميتالينكوف في كتابه الخلود والإشباب عن اسباب الموت السريع في بعض انواع النبات فقال : يموت النبات دون ما سبب ظاهر وآفة مؤذية او عامل ضار . وتبيد بعض انواع النبات قبل حلول الشتاء مع انها لا تصاب بالنفاد وليس التنوير فيها عاملاً مؤدياً الى الموت كما ان كثيراً من النباتات تنوّر وتثمر ولا يؤثر ذلك في اجلها . وقد جرب كليبس ان يطيل عمر

(١) أحب الزرع صار ذا حب (٢) الإبزار : ابزر النبات وبزر ادرك بزره

نبات الشوع فاخذ عقاقيله (١) وشنغوبه (٢) وغرسها في الارض فنبتت ونمت ودامت . يؤخذ من ذلك ان موت النبات في مدة معينة ليس امراً محتماً وان اطالة عمره ممكنة . لذلك جد المؤلفون في البحث عن اسباب الموت الطبيعي الا ان هذه الابحاث لم تثمر بعد الثمر المطلوب .

وقد عرف ان الاشجار ذات الخشب الابيض الاسفنجية كالحور وغيره تعيش مدة تختلف من ٥٠ الى ١٠٠ سنة وان الاشجار القاسية الخشب البطيئة النمو تعمر عشرات العصور . ذكر لوبينكو في ابحاثه ان الزان يعيش ٣٠٠ سنة وان الصنوبر يبقى ٥٧٠ سنة وان المرعر يدوم ٦٠٠ سنة وان ارز سيبيريا يحي ٧٠٠ سنة وان اجل التنوب او صنوبر القطران ١٢٠٠ سنة وان السرو والفشاع (taxus baccata) والارز تعمر ٣٠٠٠ سنة وان البقس (Baxus) والزيتون والبرتقال يبقى عصوراً ، وقد جاؤا على ذلك بأدلة خاصة منها، بزر دوكاستيل في العصر الخامس عشر بزرة برتقال في بستان فرساي فنبتت ولا تزال حتى الآن . وفي حديقة الكونت كوبر في انكلترة بلوطة يبلغ عمرها اثني عشر عصراً . وفي جادة الفيرا كروز في المكسيك بهاء (٣) التجأ اليها فرناند كورتز يزيد عمرها عن خمسة الآف سنة وفي القدس زيتون شهد المسيح وفي الهرمل شجرة استظل بها عيسى عليه السلام وفي كاليفورنيا رُبُض عُمارة (باووباب) يزيد ارتفاعها عن ١٥٠ متراً ومحيطها عن ٣٠ متراً وعمرها بضعة آلاف من السنين .

---

(١) عقاقيل الكرم ما غرس منه ولم يذكر لها واحداً (اللسان) (٢) الشنغوب والشغنوب والشنغب اعالي الاغصان (٣) بهاء مفرد السرو

وبحث الامير مصطفى الشهابي في المقال الذي نشره في مجلة المقتطف الزاهرة [١] عن الأرز وعن بقائه فقال،ارز بشري : اعظم حراج الأرز شأناً واقدمها سناً حرج بشري فهو الذي يطلقون عليه اسم ارز لبنان تعميماً الى ان يقول :

وتعلو الحرجة ١٩٠٠ متر ونيف عن سطح البحر وفيها ٤٠٠ ارزة تقريباً كبيرة وصغيرة اما الكبيرة ففيها جلال مسوّق الشجر العظام ولقد قست ساق كبراها فبلغ محيطها نحو ١٦ متراً وعمرها اكثر من الفي سنة ويقول بعضهم انها تبلغ ٤٠٠٠ سنة من العمر لكنه لا يمكن معرفة سنها على وجه الضبط ولا على وجه التقريب وشاهدت اربع ارزات مسنة محيط ساقها بين ١٢ و ١٣ متراً وعلوها نحو ٢٠ متراً وسنها اكثر من الف سنة في الغالب

****

اجل الامم

تعيش الامم (اجناس الحيوان) الدنيا المشابهة للنبات مدة طويلة ويتم تكاثرها بنمو طبقات جديدة وتراكب بعضها فوق بعض كما في النبات وتعيش اكثر الحشرات المتحولة كذوات الأجنحة المغلفة وذوات الأجنحة الغشائية وذوات الجناحين سنة واحدة او سنتين وتموت عادة بعد الإخلاف وقد تبلغ الحيوانات القشرية والأصداف خمس سنوات من العمر . اما

(١) ارز لبنان ومغارة قاديشا للامير مصطفى الشهابي في المقتطف المجلد ١٨ جزء ٤ ص ٣٠٤

الأسماك فتعمر كثيراً وقد اصطاد الصيادون سمكة من بطائح القيصر فبلغ طولها تسع عشرة قدماً ووزنها ١٦٠ ليبرا وكانت مطوّقة بقطعة من النحاس نقش عليها « ان هذه السمكة وضعت في البحيرة عملاً بأمر الامبراطور فردريك الثاني » وقد حسب الفرق بين تاريخ وضعها في البحيرة ويوم اقتناصها فاذا بها تبلغ مائة وسبعة وستين سنة من العمر .

ويعيش القمل مدة تختلف من ٢٧ يوماً الى ٦٤ يوماً والثول (ذكر النحل) مدة ٤ — ٥ اشهر والنحل العامل ١٦ شهراً والزُّباد سنة واحدة والرتيلاء من سنة الى سنتين والعصفور التفّاحي خمس سنوات والجرذ والبزاق ٨ سنوات والعصفور والسماني والدجاج والنعّار والحسون والطيهوج (١) او الخروف ١٢ عاماً والبط والبلبل والسنونو ١٥ سنة والثعلب والثور ١٦ سنة والبقر والخنزير والظبي والحمام والقط والكلب والذئب ٢٠ سنة والحصان ٢٥ سنة وكذلك الطاووس والبرقش. واما الحمار فيعمر ٣٠ سنة والببغاء والغراب والنسر والحدأة من ٦٠ الى ١٠٠ سنة وكذلك السلحفاة واما الصقر والباز فيعيشان مدة تختلف من ١٠٠ الى ١٥٠ سنة ويلبث الفيل ٢٠٠ سنة والتمساح ٣٠٠ عام .

يتضح من ذلك ان مدة الحياة في مملكة الحيوان تختلف كثيراً كما اختلفت في مملكة النبات فمنها ما يعمر كثيراً ومنها ما لا يعيش اكثر من ساعات محدودة. ولم يعرف السبب حتى اليوم في تباين الاعمار واختلاف الآجال

---

(١) تأويل (rouge gorge) وقد جاء في حياة الحيوان الدميري الطيهوج طائر عنقه ومنقاره ورجلاه حمر

عمر الإنسان

لا يزيد عمر الانسان في عهدنا الحاضر عن مائة سنةوقد تساءل البحاثون هل تبدل عمر الانسان في زمننا غير ما كان في الزمن السابق عاش آدم ٩٣٠ سنة ولبث شيث ١٩٢ وانوش ٩٠٥ سنين وقنيان بقي حيا ٩١٩ سنة ومهلئيل ٨٩٠ سنة ويارد ٦٩٢ سنة واخنوخ ٩٦٥ سنة ولامك ٧٧٧ سنة

وقد قيل ان اطول بني آدم عمراً الخضر عليه السلام وقد ذهب عامة متأخري المتصوفة الى القول بحياة الخضر ويذكرون عن اجتماعهم به والتلقي عنه حكايات امالوا بها قلوب العامة حتى لا ترى عاصمة من العواصم الاسلامية الا وبها مسجد منسوب اليه يذكرون ان به اجتمع فلان بالخضر فينذرون له النذور ويقصدونه للتبرك وقد وافقهم على ذلك بعض ضعفاء العلم ومرجعهم في ذلك الى احاديث وردت في الباب لا يرتقي مجموعها على اختلاف طرق رواتها الى درجة الضعيف وقد حكم عليها ابن الجوزي بالوضع عامة ويقال في صدد ذلك ان آدم عليه السلام لما حضرته الوفاة جمع بنيه وقال لهم يا بني ان الله منزل على اهل الارض عذاباً فليكن جسدي معكم بالمغارة حتى اذا هبطتم فابعثوا بي وادفنوني بارض الشام فكان جسده معهم فلما بعث الله تعالى نوحاً عليه السلام ضم ذلك الجسد وارسل الله تعالى الطوفان على الارض ففرقت الارض زماناً فجاء نوح عليه السلام حتى نزل ببابل واوصى بنيه الثلاثة ان يذهبوا بجسده الى المكان الذي امرهم ان يدفنوه فيه فقالوا الارض وحشة ولا انيس بها ولا نهتدي الطريق ولكن

نكف حتى يأمن الناس ويكثروا وتأنس البلاد وتجف وقال لهم نوح عليه السلام ان آدم قد دعا الى الله ان يطيل عمر الذي يدفنه الى يوم القيامة فلم يزل جسد آدم حتى كان الخضر هو الذي تولى دفنه وانجز الله ما وعده فهو يحيا الى ما شاء الله ان يحيا وعاش نوح عليه السلام الفاً واربعمائة وخمسين سنة وعاش سام ٦٠٠ وارفخشاد ٨٣٣ سنة وذكر بعضهم ان لقمان عاش ٣٠٥٠ سنة وقال آخرون انه عاش ٥٦٠ سنة وكان من وفد عاد الذين بعثهم قومهم الى الحرم ليستسقوا لهم وكان اعطي من العمر سبعة انسر وعمر كل نسر ثمانون عاماً فجعل يأخذ فرخ النسر الذكر فيجعله في الجبل الذي هو في اصله فيعيش منها ما عاش فاذا مات اخذ آخر فرباه حتى كان آخرها لبداً وكان أطولها عمراً وقد قال الضبي في ذلك :

أوَ لم تَرَى لُقمانَ اهلكه ما اقتات من سنةٍ ومن شهرِ
وبقاءُ نسرٍ كلّما انقرضت ايامه عادت الى نسرِ

وقال الأعشى :

لنفسك اذ تختار سبعة أنسرٍ اذا مامضى نسر خلوت الى نسرِ
فعُمِّر حتى خال انَّ نُسورَه خُلودٌ وهل تبقى النفوس على الدَّهر
وقال لأدناهُنَّ اذ حلَّ ريشُه هلكت وأهلكت بن عادٍ وماتدري

وقال لبيد :

لما رأى لُبدُ النسور تطايرت رفع القوادم كالفقير الأعزل
من تحته لقمان يرجو نهضهُ ولقد رأى لقمان ان لا يأتلي

لا يثبت التاريخ هذه الاعمار . اما التاريخ القديم فمجهول تماماً وقد

تكون السنة غير سنتنا ويشاطرنا في هذا الرأي المفسرون المصريون كالعالم الجليل طنطاوي جوهري .

عاش يعقوب مجتمعاً ببنيه سبع سنين وادركته الوفاة فقبض لمائة وعشرين سنة من عمره وعاش يوسف ١١٠ سنين وقبض الله موسى اليه لمائة وعشرين سنة وقبض هارون لمائة وعشرين سنة ايضاً ولبث ابقراط في قومه ١٠٤ سنين وبلغ جالينوس ١٤٠ سنة من العمر وبقي سقراط الخطيب حياً ١٠٦ بسنين .

****

اختلاف متوسط مدى الحياة

يتضح من الاحصاءات الصحية العامة ان متوسط عمر الانسان قد زاد في القرنين الاخيرين بفضل الطرائق الحديثة المتبعة اليوم في مكافحة الاوبئة كالجدري والطاعون والهيضة والريض (التيفوس) التي كانت تتفشى فتجرف الملايين . فقد وقع في حلب طاعون سنة ٨٢٠ فأربى من هلك فيها وفي ضواحيها على مائتي الف انسان . وفي سنة ٨٩٧ اشتد الوباء في القدس ودمشق وحلب وبلغ عدد الهالكين بدمشق في كل يوم ثلاثة آلاف وبحلب في كل يوم الفاً وخمسمائة وبغزة في كل يوم اربعمائة وبالرملة مائة(١) ويقدر عدد من هلكوا في القرون الوسطى بالطاعون بـ ٢٣ مليوناً من البشر فمات في باريس سنة ١٤١٨ الف شخص من ٣٠٠,٠٠٠ شخص هو

(١) خطط الشام ج ٢ ص ٢٠١ لمؤلفه الاستاذ محمد كرد علي

مجموع عدد سكانها اذ ذاك وهلك في اوروبا خلال اربع سنوات اي من سنة ١٦٣٣ الى سنة ١٥٣٧ اكثر من ٥٩ مليوناً ولا يأخذك العجب ايها القارىء من ذلك فقد روى الرواة ان الطاعون حل بدمشق فأهلك من فيها الا خمسين شخصاً اجتمعوا حول الجامع الأموي ولا يخفى ان دمشق كانت مأهولة بعدد وافر من السكان ، كان الطاعون يجرف الخلق بين مدة ومدة وجيزة وكذلك يقال في سائر الامراض الوافدة فكانت تفتك بالسكان بلا رحمة ولا شفقة لقلة العلم بوسائل حفظ الصحة في تلك الايام وقد يموت اهل البيت كلهم فتفرغ الدار ممن كان فيها فتخلو وتصفر . وقد وقع سنة ١٨٣٠ ميلادية طاعون في بغداد قضى على كثير من الخلائق ولم ينج منه الا من فرّ الى القرى المجاورة فقد كان هول الوباء شديداً أذهل الناس ومحقهم محقاً حتى انه لم يبق من يغسل الموتى او يحفر لهم الحفر ويدفنهم (١)

ان كشف الجراثيم والتعرف على طرائق التلقيح الحديثة وتقليل امراض العمال والعناية الصحية ومكافحة السرطان والسل قد ساعدت على تخفيف وطأة العوامل الخارجية في تقصير العمر .

ولم يك في الماضي من سبيل الى تخليص الطفل المولود في بيئة مسلولة من مخالب السل الا بابعاده عن البيت الذي ولد فيه وارساله الى حيث لا يجد بيئة ملوثة غير ان اكتشافاً حديثاً باهراً ابتدعته عبقرية العلامة

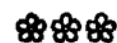
(١) من كتاب شعراء بغداد وكتابها في ايام وزارة المرحوم داود باشا والي بغداد في حدود سنة ١٢٠٠ الى سنة ١٢٤٦ للهجرة و ١٧٨٠ الى ١٨٣٠ ميلادية تأليف عبد القادر افندي الخطيب الشهرباني الذي عني بنشره حضرة الاب انستاس ماري الكرملي سنة ١٩٣٦

كالمت ومؤازره غاران التي في ايدي البشرية سلاحاً جديداً ماضياً يقي الطفولة الاولى من شر هذا الداء نعني به اللقاح المسمى (ع . لـ . غ B . C . G) اي عصيات كالمت وغاران من مؤسسة باستور في باريس . بدىء باستعمال هذا اللقاح اولاً في فرنسة منذ اول تموز سنة ١٩٢٤ ثم في بلدان اخرى وقد ابان الاحصاء ان معدل وفيات العائشين في بيئة مسلولة ولم يلقحوا هو ١٦ — ٢٥ ./. بين الشهر الاول والسنة الاولى وقد هبط هذا المعدل في الملقحين الى ٤ ./. . واذا فصل الطفل بسرعة شهراً واحداً عن والديه بعد ولادته وتلقيحه هبط معدل الوفيات بالسل الى ما يقرب من الصفر ومعدل الموت بالأمراض الاخرى الى النصف. وقد افادت مستوصفات السل ايضاً فائدة كلية فهبطت نسبة الوفيات بعد ان انشئت هذه المستوصفات في فرنسة هبوطاً محسوساً واذا قسنا نسبة الوفيات في انكلترة بعد انشاء هذه المستوصفات وقبل ثلاثين سنة من انشائها تحققنا انها هبطت هبوطاً معادلاً لـ٧٢ ./. .وقد بلغت الوفيات بالسل في برلين ٥٨٠٠ في سنة ١٩٠٢ و ٤٣٠٠ في سنة ١٩٢٨ و ٤٠٠٠ سنة ١٩٣١ . وصفوة القول ان لقاح « ع . لـ . غ » والمستوصف وقفا حصناً منيعاً في وجه هذا الداء الجارف وقد اشتركت خمس وثلاثون دولة في مكافحة السل وتألف من مجوعها (اتحاد مكافحة السل الدولي) الذي يلتئم مندوبوه في كل سنة للبحث في الطرق الحديثة التي يجب اتخاذها(١)

ويؤخذ من احصاءات شركات التأمين الاميركية ان متوسط عمر الانسان

(١) من محاضرة القاها الاستاذ لوسركل(Lecercle)وترجمها الدكتور عزة مريدن

زاد ١٢ سنة من اوائل هذا القرن الى الآن . ولا ريب في ان زيادة متوسط عمر الانسان سببها تقليل الوفيات بين الاطفــال ، وعدد الرجال والنساء الذين يجتازون سن الخمسين او الخامسة والاربعين اكثر الآن مما كان قبلاً[١] فيتبين من ذلك ان العوامل الخارجية المميتة ابتساراً قد خف شأنها ولم يتبدل مع ذلك حد التعمير الاقصى لان العوامل الباطنة التي تحدد عمر كل امة من الامم لم تعرف بعد ولا يزال عليها ستار كثيف من الغموض .



(١) فتوحات العلم الحديث لمحرر المقتطف فؤاد صروف ص ٢١٠

صحة المساكن وعلاقتها بانتشار السل

(أ) — عرض المسألة

ترجمها العليم انور هاشم

ليس في وقتنا الحاضر اخصائي بفن الصحة يحمل على الفكرة القائلة بان الهواء المحصور وفقدان النور والشمس شروط مناسبة لازدياد الامراض بصورة عامة والحالات الانتانية منها بصورة خاصة وان الوقايـة من معظم الآفات تحتم على الانسان ان يعيش في مساكن واسعة فسيحة حسنة التهوية ووافرة الضياء تلك العوامل التي ثبتت فائدتها وبان تأثيرها منـذ القديم فاصبحت حقيقة قاطعة لا جدال فيها . واذا كانت هناك حاجة الى اثبات التأكيد فما علينا سوى ان نعتمد على السببين الرئيسين الآتيين اللذين يجملانه جلياً واضحاً .

اول هذين السببين يتعلق بخاصة النور المبيدة للجراثيم المرضية . فاننا نعلم منذ عهد بعيد ان الجراثيم التي يبعثرهـا المرضى حولهم والتي تنمو في المحيط الخارجي على اوساط مناسبة تتلف تلفاً متفاوت السرعـة بتعريضها لنور الشمس . ولا يسهى عن البال ان بعض الدور يسهل احياناً تطهيرهـا بتسليط اشعة الشمس عليها تطهيراً اذق واوفى من استعمال المواد المطهرة

هذا من جهة ومن جهة اخرى لا مجال للشك بان صحة الانسان ذات علاقة وثيقة بالهواء الطلق والضياء ففي جو البلدان المأهولة حيث يتصاعد

الغبار والدخان والغازات القتالة وفي ظل تلك الاكواخ الحقيرة يتعرض المرء الذي يسكنها غالباً لفقدان خاصة مقاومة الامراض المختلفة . وعلى العكس من ذلك نجدان الانسان العائش في الارياف حيث النور الساطع والهواء النقي اكثرُ استعداداً لمقاومة هـذه العوامل المفسدة المسببة لشتى الاضطرابات المرضية .

ولعل الوقاية من الامراض السارية أهم ما يتعلق بصحة المسكن باعتبار ان تلك المساكن الوضيعة بؤر كبيرة الشأن في انتشار السل ذاك الداء الذي عده المؤلفون منذ نصف قرن اكثر انتشاراً بالسراية منه بأي طريقة اخرى .فعلى الاخصائي بعلم الامراض الباطنـة ان يضع نصب عينيه السؤال الآتي : ما هي القيمة الحقيقية للمسكن الوضيع في نماء العصية السلية ؟ لانه من الضروري معرفة المرتبةالتي ستشغلها مـكافحة هذه البيوت الحقيرة في مقاومة السل لـكي توحد الجهود التي ستبذل في مـكافحة هذا الداء الوبيل الخطر .

اننا لا نعلم حتى الآن سوى النذر اليسير عن هذه القضية . ولقـد اجريت بعض المحاولات للاستدلال على مقر السل في المجتمعات المدنيـة . على ان المؤلفين الذين تصدوا لذلك جعلوا اساس تحرياتهم ونتائجها مستندة الى جداول خاصة مهملين بعض الاصابات الفردية التي تقع بسائق الصدفة في بعض الابنية التابعة لهذه المجتمعات . مما يجعل نتيجة الحساب الاخيرخطأ الامر الذي يسهل تداركه بتفتيش دقيق واجب التطبيق في مثل هذه الاحوال وفيما يتعلق بتوزيع الاصابات السلية في ابنية بلدة ما فقد اهملت المخططات

كلها على الاطلاق هذه الناحية الهامة بحيث تعذرت معرفة : ما اذا كان اجتماع وفيات عدة في بعض المنازل قد حدث بسائق الصدفة او كان نتيجة لعناصر ملائمة ومنشطة لانتشار السل . وهناك بعض الامثلة التي تبين الاغلاط التي تقدمت مثل هذه الاستقصاآت .

(ب) — الحالة الراهنة لمسألة المساكن الوضيعة

لكي يتضح الدور الذي تلعبه هذه المساكن في إمراض السل شرعوا بعمل تحريات اختطوا لها طريقين اساسيين : فقد جربوا اولاً معرفة الأمر بعض الحوادث في اشخاص اصيبوا بالآفة عقب سكناهم في اماكن كان يقطنها من قبل مسلولون ، ثم عنَّ لهم بعدئذٍ ان ينسبوا سيئات هذه المساكن الى وفرة الوفيات بالسل في بعض الابنية التي عدت مسؤولة عن هذا المرض .

(١) — سريان السل بواسطة المساكن .

هذا هو عنوان الاطروحة الافتتاحية التي قدمها مينوزيه (Menusier) في باريس عام ١٩٠٠ فلقد أبان المؤلف المذكور في مشاهدات ست لا يربو كل منها على بضعة اسطر احداها عائدة اليه شخصياً والثانية مقتبسة من جريدة يومية نشرت بها الحادثة بوصف مؤثر اسهب فيه المخبر المحلي وكانت كتابته ادبية اكثر منها طبية . وبهذه الامثلة المختلفة يتبين لنا كيف ان عائلات اتت فقطنت في مسكن كان قد توفي فيه مسلول فكانت النتيجة ان اصيب افرادها بدورهم بالسل . ان العصية السلية تفقد بلا خلاف حمتها بالتجفف وفي غالب الاوقات تخف قوتها المهلكة اذا كانت لا تزال حية . ان

المسلولين الذين يقذفون بقشعهم كمية وفيرة من العصيات يعرضون من حولهم لخطر لا ينكر ومع ذلك كيف يمكننا ان نعلل عدم اصابة الافرد الذين يساكنون اشخاصاً مصابين بالسل وحاملين لآفات مفتوحة؟ يجب علينا ان نتذكر حينئذٍ ان المصابين المجتمعين في المصحات والمستشفيات لا تتكون لديهم اي اصابة بطريق السراية . وهاكم مثالاً من الامثلة الستة السابقة التي يعتمدون عليها في الدلالة على السراية بواسطة المساكن :

(ولد عمره ١٢ سنة اصيب بالسل اثر قضائه عطلة طويلة في مكتب والده الذي كان قد استأجره موظف مسلول ثم جاء دور الاب فالجد وبقيت الام وحدها التي لم تزر المكتب سالمة) .

فكيف حدث ان سلمت الام على الرغم من اختلاطها الشديد مع ولدها وزوجها وحميها المسلولين ؟ ان في الامر لسراً غامضاً . وعلى نسق هذه الحادثة نجد حادثات اخرى كثيرة في أسر اصيب بعض افرادها وذراريهم بالسل بينما لم يصب البعض الآخر بأذى .

اذا تركنا جانباً الاعتقاد السائد انه ليس للوراثة من نصيب في احداث السل أمكننا ان نعلل الكثير من الحادثات التي تظهر كذلك ولا يكون للسراية اي علاقة باحداثها . لاننا اذا سلمنا جدلاً بالادلة الوهمية التي يستندون اليها في تعليل السراية في اماكن اقام فيها مسلولون كان من الواجب ان نرى الاصابات بالآلاف اذا كان خطر هذه المساكن حقيقياً . واذا اوجزنا قلنا ان هذه المساكن قد تبقى خطرة ما دام المسلولون قاطنين فيها على اعتبار ان عصية كوخ لا تفقد حمتها الا بمرور الزمن .

وانه على الرغم من التحريات التي تتبعناها منذ سنوات عديدة لم نتمكن من اكتشاف حادثة واحدة كانت السراية فيها حقيقة اكيدة . وهذا ما يدعونا الى القول بان الامثلة النادرة التي اوردها البعض وليست الا من المصادفات نشاهد الكثير من مثيلاتها في عيلات لا دخل للمساكن المأهولة بالمسلولين فيها ولا تأثير .

(٢) اجتماع الوفيات بالسل في بعض المساكن

ارادوا ان يتخذوا دليلاً على خطر المساكن الوضيعة ان عدداً من الوفيات بالسل حدثت في بعض الابنية وعليه قالوا بان هنالك منازل للسل تشبيهاً لما قاله البعض عن مساكن للسرطان .

ان الاحصاآت التي اجريت قصد البحث عن الابنية التي تتكرر فيها الوفيات بالسل في بعض البلدان اهملت بتاتاً نصيب الصدفة في احداث هذه الوفيات وان جهل المدقق يجعل هذا البحث والاستقصاء بلا قيمة تذكر فيما يتعلق بوخامة الدور الذي تلعبه المساكن في نشر السل . وها كم خلاصة بعض المؤلفات الهامة في فرنسة يستفاد منها ان بعض المنازل احصي فيها عدد كبير من الضحايا بالانتان السلي في مدة محدودة .

ان احد هذه المؤلفات اطروحة قدمتها ادما مارتن (Edmée Martin) عام ١٩١١ موضوعها : « حالة المنازل الصحية واهميتها في الكفاح ضد السل والسرطان » . وفي هذه الاطروحة تقترح المؤلفة كواسطة دفاعية ضد المنازل المؤذية ان يخصص لكل بناية ولكل شارع سجل خاص تذكر فيه طبيعة المنزل وترتيبه ووصف اقسامه وملحقاته والمخططات المتعلقة به مع

بيان التطهيرات المجراة فيه والتفتيشات المطبقة عليه والاشارة الى المنازل الوبيلة الضارة الخ . فبهذه الطريقة مع ما يضاف اليها من توضيح وسائط نزح اقذار البيت وطرق تهوية بيوت الخلاء وطرز اسالة المياه في اقسام البيت المختلفة ومعرفة مصادر التغذية ونقاوة الماء المشروب والتحاليل الكيمياوية والجرثومية لهذه المياه وكذلك هواء المساكن المأهولة وبالاجمال كل ما قد يعود بالضرر والايذاء الخ. فمثل هذه الوثائق تقدم لنا فوائد جليلة على انها لسوء الحظ تتطلب نفقات باهظة وتضحيات جسيمة لما يستلزم ذلك من حشد جيش عرمرم من الموظفين الجدد لتحقيق هذه الغاية . ان حالة موازنة الحكومة في بلادنا المرهقة بارباب المناصب لا تتلائم وهذه النفقات العظيمة ففي باريس وليون ومرسيلية وحدها يحتاج الأمر الى اكثر من مليون سجل اساساً لهذا العمل . فاذا انعمنا النظر وجدنا الخطأ كله في اتباع هذا الطريق وتكبد هذه النفقات الطائلة . أفليس من المستحسن والحالة هذه ان يوجه الاهتمام الى تطهير هذه المنازل الوضيعة وتحويلها الى منازل صحية نافعة ؟

على ان هذه المرحلة الاخيرة ليست كل ما في الامر . اذ يبقى علينا ان نعلم ما اذا كانت هناك بيوت تستطاع نسبة ما يكثر فيها من حادثات سلية الى ضررها وايذائها الخاص . يجدر بنا في مثل هذا الحال ان نعين كل وفاة بالسل حدثت في كل بناية لمدة معلومة حتى ينجلي الامر .

ويظهر ان ادما مارتن رمت من وراء اطروحتها هذه الى التدقيق في السرطان اكثر من سواه . فلقد ذكرت اثنتي عشرة حادثة سرطانية في في شارع على ان هذا الامر لم يكن على شيء من الشأن ما زالت لم تهتم

بطول الشارع ولا بوفرة السكان . وليس هناك من برهان اكيد يدل على ان تعدد هذه الحادثات السرطانية لم يكن الا من قبيل الصدف . وانه على الرغم من انها لم تأت بأي برهان ولو طفيف على تأثير هذه المساكن الحقيرة في نشر السل فانها على كل حال أظهرت تأثير هذه المساكن الضار بوجه الاجمال من الوجهتين الادبية والاجتماعية الامر الذي تستحق عليه التهنئة الخالصة والشكر الجزيل .

ننتقل الآن الى اطروحة جوبار (Joubert) حيث نجد تفصيلات أدق فان المومأ اليه درس توزع الوفيات السلية في البيوت الكائنة في الدائرة الخامسة في ليون من عام ١٩٢١ الى عام ١٦٢٥ حيث وجد تعدد الوفيات بالسل رغم هذه المدة القصيرة . فاستنتج وجود بؤر دائمة في هذه المساكن ولكنه لم ينكر تأثير الصدف احياناً في احداث هذه الوفيات .

(للبحث صلة)

❀❀❀

تكريم رئيس معهد الطب العراقي

اقام المعهد الطبي العربي بدمشق يوم الخميس الواقع فيه اول نيسان سنة ١٩٣٧ حفلة شاي احتفاءً بعميد معهد الطب العراقي الدكتور احمد بك قدري دعا اليها معالي وزير المعارف ومعالي رئيس الجامعة السورية ومفتش المعارف العام واساتذة معهد الطب . وبعد ان تناول المدعوون الشاي والمرطبات التى رئيس معهد الطب الاستاذ مصطفى بك شوقي الخطاب التالي الشائق

خطاب الرئيس

سعادة الزميل الفاضل والعميد الكريم . سادتي

ليس الموقف موقف خطابة ، ولا انا ممن اعتادوا الوقوف على المنابر يسحرون السامعين بفيض بيانهم ، بل الموقف موقف ترحيب بزميل عزيز غادر هذا البلد المحبوب منذ امد طويل ثم عاد الينا حاناً الى هدير انهاره وتغريد اطياره وبليل هوائه واريج ازهاره .

واذا رحبت بك ايها الرصيف الكريم فلست ارحب بلساني فقط بل بلسان المعهد الطبي العربي الذي يرفع لعميد المعهد الطبي العراقي تهانئه بعوده السعيد الى عاصمة الامويين التي استنشق نسمته الاولى فيها وترعرع في ربوعها صبياً ويافعاً وكهلًا .

واذا اطلقت لساني من عقاله في مثل هذا الاجتماع السعيد ووجهت اليك كلام الترحيب والتكريم فلسببين : اولهما لانك وانت دمشقي قد اخترت ميداناً لعملك قطراً عربياً شقيقاً فتفانيت في خدمته تفانيك في خدمة سورية وأمليت على بني قومك امثولة سامية لايدرك مرماها الا من بدد بفكره الثاقب ما احاط بالمستقبل من الظلمات والغموض. انك اردت ان تبين لنا بالاعمال لا بالاقوال ان البلاد العربية الاسان بلاد واحدة وان العربي عراقياً كان او مصرياً او فلسطينياً او حجازياً او سورياً واحد فقط وانه متى عمل في واحد

من هذه الاقطار المختلفة يكون قد عمل لوطنه المقبل الواسع وان ما تجزأ اليوم سيتصل في الغد وان على كل قطر من الاقطار العربية ان يبعث برسل امناء يبثون في الاقطار الشقيقة هذه الفكرة التي نشأت في الحجاز ثم عمت البلاد العربية جمعاء .

ألم تقم البلاد العربية قومة واحدة بعد ان دوى صوتُ الحسين في مكة المكرمة معلناً استقلال العرب ؟ ألم يكن في صفوف فيصل وعلي رحمات الله على نفسيهما الطاهرتين ، العراقيُّ والفلسطيني والمصري والسوري الى جانب الحجازي ألم تختلط دماء ابناء العرب في خندق واحد وفي ساحة الدفاع عن غاية سامية واحدة ؟ اجل هذه هي الفكرة التي بثها سيد العرب وسار عليها ابناؤه وحفدته والامة العربية جمعاء من بعدهم. وانت ايها الزميل العزيز قد قمت بهذه الفكرة حق القيام بل قد افنيت حياتك في خدمة قطرنا الشقيق العزيز فكنت خير رسول لسورية فاذا كرمناك فاننا نكرم فيك التفاني والاخلاص ونكرم فيك بالخاصة هذه الصفة السامية التي اتصفت بها وهي عملك في العراق وللعراق كانك تعمل في سورية ولسورية .

واما السبب الثاني الذي يدعونا الى تكريمك والترحيب بك فلأنك مندوب العراق وتمثل مؤسسة علمية كبيرة بل معهداً من ارقى معاهد العراق مكانة وعلماً هو المعهد الطبي الذي عهد اليك برئاسته وأُلقيت في يديك مقاليد اموره .

فنحن الآن نكرمك كعراقي ولعل احتفاءنا بك لهذه الغاية الثانية يفوق ترحيبنا بك للسبب الاول ذلك لانك كسوري تغض الطرف عن قصور قد يصدر منا نحوك ولكنك كعراقي تنظر الينا نظرة الناقد وتفحص فينا ادق الحركات والسكنات لتعلم ما اذا كانت تلك البذور التي بذرها الحسين ونمت في نفسك العربية الأبية قد نمت في انفسنا فاصبحنا نرحب برسل العراق ترحيبَ العراق برسل سورية .

اجل يا سيدي الرصيف اننا سائرون في سورية على الخطة التي رسمها ذلك العظيم الراحل وما سورية الا جزء من هذه البلاد العربية الواسعة وكل عربي اخٌ لنا له من الحقوق ما لنا حيث حلَّ واين اقام واننا على ثقة ان تقابل عواطفنا بامثالها في القطر الشقيق العزيز .

حياك الله ايها السوري العراقي بل ايها العربي القح الذي خدم القضية العربية اجلَّ خدمة وتفانى في خدمة مليك العراق الراحل وهو الآن يكمل عمله في ابلاغ معهد العراق

الطبي الى اسمى الدرجات . ارفعْ عنـا الى اعتاب مليكك الشاب العظيم اخلص عواطف اجلالنا وتعلقنا بعرشه الفخم والى حكومتك الجليلة اصدق تمنياتنا لها بالسعادة والى اساتذة معهدك وتلامذتك شواعر الاخاء والمودة جعل الله اقامتك في ربوعنا سعيدة وعودتك الى ربوع العراق حميدة بمنه وكرمه .

فاجابه سعادة رئيس معهد الطب العراقي بالكلمة الاطيفة التالية :

خطاب رئيس معهد العراق

اشكركم على الحفاوة البالغة التي حبوتموني بها والتي اعدهـا تكريماً للعراق القطر الشقيق لسورية. ان العراق يشعر نحو سورية بما تفضلوعبر به حضرة الرئيس من شعور سورية النبيل نحوه وقد يكون من الحديث المعاد ان اقول ان العراقين كافـة يشاطرون السوريين امانيهم ويتمنون لهم الفلاحوالنجاح في عهدهم الجديد فثلهم الاُعلى واحد تجمعهم اواصر القربى والماضي المجيد وسأنقل لـكليتنا الطبية في بغداد ما لقيته من الشعور النبيل الذي ابداه لـكليتنا المعهد الطبي بدمشق وارجو ان يتعاون المعهدان على نشر الثقافة واعداد شعب حي قوي يتبوأ المكان اللائق به بين الامم الحية كما انني اتمنى لاُخواني السوريين حياةً سعيدةً هنيئة في ظل رئيس جمهوريتهم المحبوب وحكومتهم الحرة اليقظة

ثم القى الاستاذ الكيماوي عبدالوهاب بك القنواتي الخطاب القيم التالي :

خطاب الاستاذ القنواتي

اسمحوا لي ايها السادة بكلمة هاجت كامنها كلمات حضرة الرئيسين الكريمين فقد مثلا وهما من عنصر كريم واحد قطرين شقيقين عزيز احدهما على الآخر بينهما من اواصر الصداقة والمحبةما تعجز الحواجز الوهمية بينهما من الوقوف حائلًا دونهما .

بلاد العرب واحدة اية كانت اوضاعها ، فهي ذات آمال واحدة ومبادىء واحدة ومصيبة واحدة ومرض واحد وهي تشعر الشعور الواحد وتعمل العمل نفسه للتخلص من

هذه الاوضاع الشاذة وفقها الله لجمع شتاتها وضم شملها ورأب صدعها واعلاء شأنها وتوحيد كلمتها .

ارانا الماضي ايها السادة وليس ببعيد صفحة مجيدة من صفحات الحنو والتضامن والغيرة فقد تألمت سورية لمحنة العراق وقابلها العراق يوم محنتها بعاطفة احسن منها وهكذا كان امرهما نحو فلسطين ومصر وحسبهما واحد نحو كل قطر من اقطار العربية من اقاصي البلاد الى اقاصيها .

ولا عجب في اظهارهم هذه الاحساسات الشريفة فقد ورثوها وراثةً ورضعوها مع لبن امهاتهم وهم في عهد الطفولة .

وقفتُ ايها الاخوان على مرتفع من جبل الرحمة وقد انبسطت امامي تلك الساحة الواسعة في عرفات وقد غصت بمائة وستين الف حاج ونيف باحرام واحد مكشوفي الرؤوس يلبون الله بكلمة واحدة تردد صداها تلك الآفاق لبيك اللهم لبيك . وقد شعرت بعاطفة الاخوة تربطني بهم على اختلاف الوانهم والسنتهم ، وبلدانهم واجناسهم ومشاربهم وطبائعهم وقد عاشرت تلك الطبقات جميعها من جاويين وهنود وصينيين وتتر وبخاريين وعجم وافغانيين واتراك وروسيين وشركس ويوغوسلافيين وارناؤوط ومصريين وسودان ومن اقاصي بلاد المغرب من مراكش والجزائر وتونس وطرابلس الغرب والخلاصة من مختلف الاصقاع العربية من يمن ومسقط والبحرين والعراق ونجد وقلب الجزيرة وسوريين وحجازيين وقد كنت اجد في كل منهم عاطفة نبيلة يقابلونني بها بقلب نقي وخلق رضي ووجه باش ولسان عذب . تلك الاخلاق التي املاها القرآن على لسان محمد وبثها في قلوب الذين آمنوا به وبما جاء به من ربه فهم يعلمون ؛ (انما المؤمنون اخوة)

فلا عجب والحالة هذه ان نجد مثل هذه العاطفة بين العرب على اختلاف اديانهم ومذاهبهم وقد جاء القرآن بلغتهم وكان محمد صلى الله عليه عربياً من ارومتهم .

نعم قام فيصل رحمه الله وهو من تلك السلالة الطاهرة ورأى ما حلّ بالعرب فعمل لخير العرب بكل ما أُوتي من قوة ساعياً جهد المستطاع لضم شملهم وتوحيد كلمتهم ولم يترك رحمه الله فرصة تفوته وكان ساعده الاكبر ورفيقه الوفي امين سره حضرة المحتفى به الدكتور احمد بك قدري فقد خدم بلاده تحت لواء ابن الحسين وعمل من اجلها وبذل

كل جهد في اعلاء شأنها . وهو ما زال دائباً مجداً في هذا السبيل المشرف .

واني لأذكر بغبطة تلك المعاهدات التي تعقد بين حكومات نجد والعراق وشرقي الاردن ومصر فهي بوادر الحلف العربي ومن خلالها تضيء شمس الوحدة العربيـة المنشودة التي عمل فيصل واصحاب فيصل في سبيلها .

نعم تلك الوحدة التي اخذت اشعتها الذهبية تنبثّ بل تتلالأ في الآفاق العربية فتصفق لها القلوب طرباً وتمتلىء بها النفوس حياةً لانها تحيي فيها ميت الآمال .

وما اضيق العيش لو لا فسحة الأمل .

هذه نبذة من عمل هذا السيد النبيل في الحقل السياسي واما عمله في الحقل العلمي الطبي فنؤمل ان يكون عظيماً فقد تولى رئاسة المعهد الطبي العراقي ويعمل اليوم على ترقيـة شؤونه ورفع مستواه الى القمة العليا بين مدارس الشرق والغرب وسيعود في عهده ان شاء الله لمدينة الرشيد مجدُها العلمي الثقافي الآفل ولهذا الامل اسمحوا لي ان اتغنى بثلاثة ابيات من قصيدة حافظ سبق لي ان قلتها في هذا المعهد في عهد المغفور له فيصل الاول .

اللهم جـدد قوانا لخدمـة الاوطان

حتى ارى الشرق غرباً ويستوي الخافقان

حتى ارى الشرق يسمو رغم اعتداء الزمان

. . . .

واني من بين هذا الجمع الكريم وبهذه العاطفة الطيبة المتبادلة بين القلوب ابعث الى العراق والى مليكها الشاب شبل ذلك الأسد وحامي العرين غازي الاول اطيب السلام باسم الجامعة السورية ورئيسها واساتذتها وارجو الله ان يؤيد ملـكه وان يأخذ بيد القائمين بشؤونه العاملين في حقوله لرفع مستواه بمحبة واخلاص ومثـل ذلك ايضاً سلام عاطر لملوك العرب وبلاد العرب . وهتاف من اعماق القلوب لتحيَ العرب ولتحي الوحدة العربية

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

❀❀❀

فهرس اول

فيه مواد المجلد الحادي عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

(أ)

الصفحة

(ر)

(ز)

(س)

(ش)

الصفحه

(ط)

(ع)

(ف)

(ق)

(ك)

* * *

فهرس ثانٍ

فيه اسماء المطبوعات الحديثة المنقودة في السنة الحادية
عشرة من هذه المجلة

* * * *

فهرس ثالث

فيه اسماء كتبة المقالات مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

الصفحة

